ROK I. STYCZEŃ 1912. Nr I.

KWARTALNIK STOMATOLOGICZNY

ORGAN TOWARZYSTWA STOMATOLOGÓW POLSKICH

REDAKCYA I ADMINISTRACYA:

KRAKÓW, RYNEK GŁ. 22, II. P.
TELEFON Nr 275.

NAKŁADEM TOWARZYSTWA STOMATOLOGÓW POLSKICH
CZCIONKAMI DRUKARNI ZWIĄZKOWEJ W KRAKOWIE POD ZARZ. A. SZYJEWSKIEGO.

TREŚĆ NUMERU:

KWARTALNIK STOMATOLOGICZNY

ORGAN TOWARZYSTWA STOMATOLOGÓW POLSKICH.

PRENUMERATA ROCZNA 10 K. ZESZYT POJEDYNCZY 3 K.

Nr I. KRAKÓW 1 STYCZNIA 1912. ROK I.



OD REDAKCYI.

Na Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa Stomatologów polskich, odbytem w czasie XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, uchwalono jednomyślnie wydawanie kwartalnika stomatologicznego. Myśl ta niejednokrotnie podnoszona i na posiedzeniach naszych wertowana natrafiała na trudności, których przełamanie było niemożliwe. Pierwsze ze względu na małą ilość członków, jaką Towarzystwo Stomatologów posiadalo, dalej na stronę materyalną, któraby zapewniała byt wydawnictwa. Gremialne przystąpienie na członków kolegów z Warszawy i Poznania, zajmujących się dentystyką i złączenie się z Towarzystwem Stomatologów wschodnio-galicyjskiem powiększyło znacznie szeregi członków i dało Towarzystwu możność złączenia wszystkich pod jednym sztandarem.

Obfity materyał referatów i wykładów, który stanowił program sekcyi stomatologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie, sam przez się udzielił nam silnego poparcia do podjęcia zadania, jakie mamy przed sobą, aby prace polskie



z zakresu stomatologii nie ginęły w manuskryptach lub nie ukazywały się li tylko w obcych językach. Gotowość zagwarantowania bytu materyalnego wydawnictwa przez kołegów: Doc. Dra Bohosiewicza, Dra Kasprzyckiego, Dra Steinberga, Dra Praetzla, Dra Wodnieckiego, Dra Merunowicza, Dra Dattnera, i Dra Lippla jakoteż Dra Łepkowskiego, którzy dobrowolnie się do tego zgłosili, usunęła wszelkie obawy i przełamała piętrzące się przed nami trudności. Potrzeba organu Towarzystwa Stomatologów polskich dosadnio wykazuje się w naukowem piśmiennictwie ogólnej medycyny, gdy sporadyczne tylko artykuły, krótkie referaty nadzwyczaj skąpo były publikowane w naszej medycznej prasie. Abstrahując od pism ogólno-lekarskich jak: „Przegląd lekarski" „Nowiny lekarskie" „Tygodnik lekarski" etc., każda specyalność nauki naszej stara się odosabniać, co uwidacznia się w wydawnictwach poszczególnych gałęzi organów towarzystw naukowych pojedynczych działów. Dermatologia, okulistyka, ginekologia reprezentowane są przez pisma regularnie wydawane. Zadaniem ich to nietylko prace naukowe oryginalne, które zawdzięczamy polskim badaczom w tym lub owym dziale ale zarazem utrzymanie czytelnika na *niveau* naukowem danej specyalności przez referaty z prac obcych badaczy. Nie można pominąć milczeniem, że nie my pierwsi, którzy wprowadzamy w życie kwartalnik, poświęcony stomatologii; inicyatywę i jej przeprowadzenie zawdzięczamy w Polsce ś. p. Drowi Bolesławowi Dzierżawskiemu, który w trudnych warunkach podjąwszy wydawnictwo, przez lat kilka dawał nam „Przegląd dentystyczny", cieszący się ogólnem uznaniem i poważaniem.

Opierając się na przyjętym zwyczaju, w imieniu redakcyi chciałbym w kilku słowach P. T. Czytelnikom program, jakim kierować się pragniemy, przedstawić.

Rozumiemy w zupełności i świadomi jesteśmy położenia, w jakiem się znajdujemy. Wiemy, że nieuregulowane stosunki naszej specyalności są powodem do ciągłego wysuwania na pierwszy plan spraw zawodowych, których ostatecznie do dziś dnia nie załatwiono. Dadzą one pole do godziwej dyskusyi

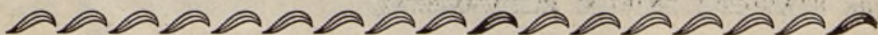
w tym kierunku w naszym kwartalniku i dlatego znaleźć muszą poczesne miejsce, tem bardziej, że lekarzom będzie dana sposobność, aby się wypowiedzieli, a oddźwięk tych artykułów dojść powinien do prasy ogólno-lekarskiej i lekarskich organizacyi. Z drugiej strony panowie, zajmujący się li tylko techniką dentystyczną, będą mieli możność dokładnego poinformowania się o stanowisku, jakie zajmują lekarze, a cała sprawa dziś zawikłana wyświetli się i dojdzie z czasem do porozumienia ku obopólnemu zadowoleniu. Sprawy zawodowe to nie jedyny cel i jedyne zadanie naszego pisma, a jeśli je wysuwam na pierwsze miejsce w programie naszym, to czynię to jedynie dlatego, aby zaznaczyć, że myśleć będziemy o tem, co nas boli, co nam nie daje spokojnie pracować i rozwijać się.

Dział naukowy składać się będzie z prac oryginalnych tak teoretycznej jak i praktycznej treści i mamy wszelką nadzieję, że będzie on zapełniony doborowym materyałem pod każdym względem, gdy współpracownictwo swoje przyrzekli nam nietylko specyaliści ale i teoretycy i przedstawiciele innych gałęzi medycyny, zgłaszający referaty w związku z chorobami jamy ustnej i zębów zostające. Mając więc za sobą współpracowników, których nazwiska znane, mamy rękojmię, że artykuły „Kwartalnika Stomatologicznego“ i w obcej literaturze znajdą żywe zainteresowanie. Poza tem dział referatów pojedynczych i zbiorowych odzwierciedli P. T. Czytelnikom wszystkie ważniejsze tak praktyczne jak i teoretyczne prace, które się pojawią w dziennikach francuskich, angielskich, włoskich, niemieckich i rosyjskich. Dla ułatwienia przeglądu szczególnie starać się będziemy o zyskanie referatów zbiorowych, tak aby czytelnik mógł znaleźć w danym przedmiocie wszystko to, co do tej chwili zostało zrobione. Chcąc podnieść nasze polskie piśmiennictwo, w każdym numerze „Kwartalnika“ umieścimy szereg wyrazów obcych z propozycyą nazwy polskiej i prośbą o nadsyłanie poprawek i sprostowań tak, abyśmy po jakimś czasie mogli wydać kompletny słownik wyrazów polskich z konserwatywnej i operatywnej dentystyki, jak również i techniki dentystycznej.

Praktyczną stronę załatwiania interesów i spraw fachowych, poszukiwania asystentów, techników, odstępowania praktyki, sprzedaży instrumentów, wyszukiwania dobrych źródeł materyałów i t. d. ułatwi dział ogłoszeń, a administracya pośredniczyć będzie z miłą chęcią P. T. Czytelnikom w tym kierunku.

Podejmujemy wydawnictwo to w przekonaniu o jego powodzeniu, a występując pod hasłem „W jedności siła", zwracamy się do wszystkich lekarzy pracujących w stomatologii z prośbą o gorące poparcie. — Niech Polscy Stomatologowie, złączeni razem, pracując praktycznie, nie zapominają o tem, że owoc ich pracy, to nietylko materyalny zarobek, ale, że z doświadczenia swojego powinni drugim udzielać tego, co zdobyli, aby nauka specyalności naszej miała wybitny oddźwięk w literaturze medycznej. Nie tajno nam zupełnie, że u nas uposażenie instytutów, któreby mogły przygotowywać specyalistów, jest mniej niż niedostateczne. Musimy krok za krokiem wywalczać sobie to, co inni od dawna już posiadają. Ufamy w zupełności w lepszą przyszłość naszą. Nowo powstały „Kwartalnik" będzie tym żywotnym objawem naszej działalności i starać się będziemy, abyśmy z tym dowodem w ręku mogli uzyskać to, co jest naszem pragnieniem. Oddajemy ten pierwszy numer „Kwartalnika" w ręce P. T. Czytelników, prosząc ich uprzejmie raz jeszcze o poparcie dążeń i zamiarów naszych.

Prof. Dr Łepkowski.



O ODCINANIU WIERZCHOŁKA KORZENIA*)

PODAŁ DR MED. ANTONI CIESZYŃSKI, — MONACHIUM.

Gdy już w roku 1909 ukazała się obszerna a gruntownie ujęta rozprawa Partsch'a, niejako ojca rękoczynu odcinania wierzchołka korzenia p. t. „O przewlekłem zapaleniu ozębnej“, gdy dalej kwestya ta z inicyatywy Juliusza Witzel'a poruszaną była niejednokrotnie przez szereg autorów — podam tylko wybitniejszych — Rheina, Mayrhofer'a, Metza (1907), Luniatschka, Willigera (1909), Roy'a (1909), Eulera (1910), wydawaćby się mogło, że temat ten do tyla wyczerpany, że więcej dodać doń już niemożliwe; wydawaćby się mogło, że rękoczyn ten, bez którego dziś dentystyka zachowawcza obyć się już nie może, stać się powinien typową operacyą, a zatem własnością każdego lekarza-dentysty.

O ile ona jest powszechnie stosowaną na zachodzie, mianowicie w Niemczech, przez stomatologów, mniej zaś przez lekarzy-dentystów, o tyle nie zyskała prawa obywatelstwa w krajach polskich: w Królestwie i Galicyi.

Wyskrobanie łyżeczką okolicy okołoszczytowej w połączeniu z odcięciem wierzchołka korzenia jest według naszych doświadczeń po dziś dzień jedyną i najlepszą metodą wyleczenia pewnych przypadków przewlekłego zapalenia ozębnej.

Przewlekłe zapalenie ozębnej, mianowicie okołowierzchołkowe, spowodowane jest rozkładem obumarłej miazgi. Przyczyna jest rodzaju albo chemicznego, albo chemiczno-zakaźnego.

O ile miazga obumarła jałowo, ostatniej przyczyny szukać należy w urazie, który spotkał ząb po części w pierwszej młodości, rzadziej zaś w wieku późniejszym, albo też w oddziaływaniu przetworów chemicznych przez grubsze, niezakażone warstwy zębiny.

Uderzenie silniejsze, po części z okazyi upadku powoduje przerwanie naczyń krwionośnych, wstępujących do miazgi otworem szczytowym. Miazga nie odżywiana obumiera wówczas, rozkłada się na składniki chemiczne, pozostając jednakże jałową aż do chwili, kiedy drogą krwi lub miejscowo nie nastąpi zakażenie. Lecz już w stanie rozkładu jałowego wytwarzają się fermenty podrażniające komórki ozębnej i tkanki okolicznej do tworzenia ziarniniaków, które niezakażone przez cały szereg lat żadnych nie powodowały objawów subjektywnych.

---

*) Streszczenie rozprawy powyższej wygłosiłem w formie referatu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie w lipcu 1911 r.

Miazga może uledz martwicy jałowej także pod wpływem natury czysto chemicznej, n. p. pod działaniem arszeniku.

Zdarza to się, gdy celem usunięcia wrażliwości przez niepowołane ręce w ubytek powierzchowny założonym zostanie arszenik, a miazga w korzeniu nietknięta i tylko ubytek zewnętrzny zaplombowany. Tenże sam skutek wywierały plomby krzemowe, zawierające w pierwszych latach wyrobu tychże preparatów także odrobinę arszeniku, który to powolnem a stałem swem oddziaływaniem pozbawiał miazgę żywotności.

Po części mamy jednakowoż do czynienia z przyczynami chemiczno-zakaźnemi. Wówczas do obumierającej lub już obumarłej miazgi dostają się drobnoustroje i zapoczątkowują proces gnicia. Podczas tego oddziałują na ozębną szczytową składniki chemiczne, fermenty rozkładającej się miazgi, wreszcie toksyny drobnoustrojów. Po części znajduje się wówczas ubytek próchnicowy otwarty, lub też zaplombowany.

Przy zgorzeli miazgi na podstawie zakaźnej nie pojawiają się objawy zakaźnej natury tak długo, dopóki gazy wytwarzane podczas procesu gnicia w przewodzie korzeniowym ulatują do jamy ustnej.

Dopiero gdy otwór przewodowy jakimbądź sposobem się zatka, gazy powstające przepychają — na razie na kanał korzeniowy ograniczone drobnoustroje — poza wierzchołek i wtedy spostrzegamy objawy ostre. Wkołowierzchołkowa okolica przechodzi w stan ostrozapalny, również i ozębna, na razie szczytowa, później i cała; ząb staje się wrażliwy przy najlżejszym dotyku, wydłuża się z powodu nasięku ozębnej, a chory odczuwa dotkliwy ból, który powoli się zmniejsza o ile obrzęk powstaje w częściach okolicznych miękkich. Ropień utworzywszy się na wierzchołku korzenia w kości szczękowej przeżera się powoli przez blaszkę kości zewnętrzną, podnosi okostną i śluzówkę aż wybije się na zewnątrz, szukając odpływu. Z tą chwilą chory czuje się lepiej, istniejące podwyższenie ciepłoty ciała zmniejsza się, z początkowego ropnia zębodołowego powstaje przetoka, wydzielająca powoli a bezustannie ropę wytwarzaną w pierwotnem swojem siedlisku wkoło wierzchołka, a tem samem proces przechodzi w stan przewlekły.

W chwili pierwszej, zaraz po pierwszem przedostaniu się drobnoustrojów poza szczyt do okolic istoty gąbczastej szczęki, nie spotykamy na roentgenogramie wyraźnie zakreślonych ubytków kości, natomiast lekkie jakoby zamglenie o widocznem jeszcze ubeleczkowaniu. W stanie tym ostrozapalnym wyleczyć ząb możemy, nacinając śluzówkę i okostnę wyrostka zębodołowego w okolicach wierzchołka i bezzwłocznie otwierając przewód korzeniowy. Do dalszego wyleczenia wystarczą nam zwykłe metody zachowawcze i nie potrzebujemy się już w dalszym ciągu uciekać do metod chirurgicznych. Inaczej zaś postępować trzeba o ile w stanie

tym leczenie zęba nie nastąpiło. Albowiem przy wznowach nie mamy już do czynienia ze zwykłym nasiękiem, ale z ziarniną, która w międzyczasie utworzyła się w okolicach wierzchołka korzenia, żłobiąc sobie w kości łożysko. Przy wznowach więc nie napotykamy już na roentgenogramie lekkiego tylko zamglenia o widocznem jeszcze ubeleczkowaniu, ale wyraźne ubytki świadczące o potworzonych ziarniniakach. Radykalne a zupełne wyleczenie nastąpić wówczas może tylko drogą chirurgiczną t. j. za pomocą odcięcia wierzchołka korzenia i gruntownego wyskrobania okolicy wkołoszczytowej, po poprzedniem odpowiedniem zaopatrzeniu korzenia.

Jeżeli zaś ropa przebiła się na zewnątrz, wylot przetoki znajduje się po części w pobliżu zęba, będącego przyczyną ropienia, albo cewka wijąc się, idzie drogą najmniejszego oporu i kończy się wylotem o kilka centymetrów oddalonym od siedliska zapalenia; wylot ten znajdować się może albo w przedsionku ust, albo też na zewnątrz lica.

Ropnie szczękowe nie zawsze przebijają się na zewnątrz, wówczas zostają otoczone wałem jakoby ochronnym tkanki łącznej, częściowo wchłonięte, częściowo poprzerastane tkanką łączną i ewentualnie tkanką nabłonkową, znajdującą się w rozsypanych wysepkach z czasów embryonalnych w szczęce i tak przeistaczają się w ziarniniaki.

Nad budową patologiczno-anatomiczną ziarniniaków i form przejściowych do torbieli rozwodzić się na tem miejscu nie będę. Wskażę jedynie na pracę Partsch'a: „O przewlekłem zapaleniu ozębnej", dalej na pracę jego drugą: „Patogeneza torbieli korzeniowych", dalej na doskonałą pracę Rumpel'a, wykonaną wspólnie z Dreuw'em, a wygłoszoną na międzynarodowym kongresie w Berlinie w r. 1909 na temat: „Studya histo-patologiczne nad ziarniniakami" i na pracę Proell'a: „Do mikroskopii ziarniniaków i torbieli zębowych" (1911).

Przytoczę jedynie twierdzenie Partsch'a, oparte na obserwacyach klinicznych i drobnowidowych, że stany przewlekłe przechodzą w ostrozapalne z chwilą zwyrodnienia tkanki łącznej w postaci stłuszczenia; według Römer'a spotykamy także w tkankach nabłonkowych objawy zwyrodnienia, a mianowicie stany stłuszczenia i wysiękowe. Dreuw i Rumpel spostrzegali podczas badań swoich nad torbielami zwyrodnienia tkanki łącznej i to tłuszczowe, ziarniste, szkliste i zapalne, a w tkance nabłonkowej rozpady [Zerklüftungen (Rumpel-Dreuw) — zerschlissene Abschnitte (Benda)], które to Benda tłómaczy kryształami cholestearynowemi. Kryształy cholestearyny łatwo stwierdzić już przy powierzchownem badaniu ziarniniaków w stanach zwyrodnienia.

Co zaś dotyczy objawów subjektywnych, to objawy te mogą być wyraźnie umiejscowione. Chory czuje od czasu do czasu, że

ząb mu się wydłuża i przy zgryzie boli. Wrażliwość ta miejscowa po kilku godzinach lub kilku dniach znika, występuje zaś wyraźniej, jeżeli chory przechyla głowę, albo kładąc się do snu głowie daje niższe położenie, powodując tem samem silniejszy napływ krwi do okolic szczękowych.

W innych przypadkach chory wyraźnych opisów lekarzowi nie podaje. Skarży się jedynie, że czasami powstaje ból promieniujący po całej stronie szczęki w rodzaju bólów nerwowych, a tłómaczy go zaziębieniem lub skłonnością do objawów reumatycznych. Czasem wydaje się choremu, że odczuwa w szczęce ciśnienie. Dopiero wyraźnie zapytany, czy nie pojawiały się także obrzęki części miękkich po danej stronie i czy ten lub ów ząb nie wydawał się przez kilka godzin dłuższym, odpowie potakująco. Bliżej określić cierpienia swego nie umie. Przypomina sobie jedynie, że kiedyś przed latami upadł na ową stronę lub otrzymał uderzenie, lub też że w owej okolicy ząb jeden podlegał dłuższemu leczeniu. Objektywnie zaś poza silniejszem przekrwieniem śluzówki niczego więcej spostrzedz nie można. Nawet okolice wkołowierzchołkowe nie wykazują różnic wrażliwości pod naciskiem. Natomiast na roentgenogramie wykrywamy bez trudności istotną przyczynę pochodzenia zębowego w postaci ziarniniaków lub torbieli.

Wskazawszy już na metodę chirurgiczną jako na jedyny sposób uleczenia zupełnego niektórych stanów przewlekłego zapalenia ozębnej, musimy oświadczyć na wstępie, że może ona znaleźć tylko *ograniczone zastosowanie*. Tam tylko możemy przystąpić do *resekcyi korzenia* i do wyskrobania kości szczękowej, gdzie rękoczyn ten możemy wykonać bez obrażenia części szlachetniejszych, jako to zatoki szczękowej lub kanału żuchwowego, lub tamże przechodzących żyły i nerwu. Wobec tego wykluczone są zęby trzonowe w górnej i dolnej szczęce. W tych przypadkach doszłyby jeszcze trudności techniczne, gdyż tam z powodu położenia pole operacyjne trudno dostępne. Przy trzonowcach dolnych pracę utrudniałaby nadzwyczaj gruba warstwa istoty korowej, przez którą należałoby się przedostać i dalekie oddalenie wierzchołka od blaszki zewnętrznej; wierzchołki bowiem korzeni trzonowców dolnych bliżej są położone blaszki językowej, niż policzkowej żuchwy. *Wchodzą więc w rachubę jedynie zęby przednie, dalej kły i dwuguzkowce pierwsze i drugie*; ostatnie zaś tylko przy miałkiej zatoce wyrostkowej zatoki szczękowej. Rękoczynu na pograniczu zatoki podjąć się może tylko ręka wytrawnego operatora.

To samo stanowisko zajął także Partsch i szkoła jego. Jakkolwiek Partsch i Weiser opisują także resekcye trzonowców, ope-

racyi tej w tychże przypadkach jako typowej nie zalecają, wskazując u trzonowców na możność replantacyi po poprzedniem należytem przygotowaniu zęba. Berten zaś wykonuje w niektórych stosownych przypadkach górnych trzonowców amputacyę, t. j. odcięcie całego korzenia.

Samo się przez się rozumie, że nie należy zachowywać każdego korzenia w ustach źle utrzymanych, gdzie sterczy cały szereg korzeni, a trzonowce już doszczętnie spróchniały, albo już wyjęte. Wówczas wyjęciem pieńków i zastąpieniem ubytku dostawką całkowitą lub częściową większą choremu wyświadczymy przysługę, aniżeli mozolnem utrzymaniem zębów przednich.

Inaczej się przedstawia sprawa, jeżeli szereg zębów mniej więcej kompletny, tylko jeden lub drugi ząb wykazuje przetokę lub ziarniniak. Nawet jeszcze wówczas pomyślimy o resekcyi, jeżeli zęby chore, resp. ich pieńki tak są rozstawione, że służyćby mogły jako słupki przy wykonaniu prac mostkowych.

Zęby podległe resekcyi pozostają silnie osadzone w kości szczękowej, tak że możemy ich spokojnie użyć jako słupków, pomimo że je obciążamy wówczas bardziej, aniżeli to ma miejsce w zwykłych warunkach. Odnosi się to mianowicie do dwuguzkowca, mającego służyć za słupek dla mostka siodełkowatego, gdzie ciężar zgryzu spoczywa również na szczęce. Do systemu mostków wiszących mniej się nadawają, albowiem tamże słupki wykonać muszą całkowitą pracę połączonych z nimi ogniw, znosząc nagryz przeciwległej szczęki.

Co do wskazań streścimy się nasamprzód w kilku zdaniach.

Podlegają resekcyi:

1) Wszystkie zęby z przetokami;

2) zęby wykazujące ziarniniaki o koronach zdrowych, natomiast ściemniałych i nie reagujące na prąd faradyczny;

3) wszystkie zęby zgorzelinowe, które mimo 4—5 wkładek przeciwgnilnych (trójkresol-formalinowych) zalepionych hermetycznie, wykazują ciecz — ropienie;

4) zęby, które po zamknięciu w porę hermetycznie przeciwgnilnej wkładki przechodzą w stan ostro-zapalny z objawami bólu;

5) zęby, u których poza szczyt przepchnięte zostały ciała obce, np. czopki gutaperkowe, użyte celem wypełnienia korzenia, dalej złamane miazgociągi, wiertaki korzenne Beutelrocka i t. d;

6) zęby w okolicy szczytowej perforowane (ziarniniaki tworzą się wówczas w okolicy perforacyi);

7) zęby o martwicy wierzchołkowej, po części sterczące w ropień; znajdujemy wówczas często pokłady kamienia surowicznego w okolicach szczytu;

8) korzenie noszące zęby ćwioczkowe lub mostki, a wykazujące niedostatecznie zaopatrzone przewody i ziarniniaki. Niewykluczone są nawet przypadki, w których bez narażenia korzenia zęba ćwioczkowego przed resekcyą usunąć nie można, celem wyjałowienia przewodu.

Co się tyczy zębów powodujących przetokę o wylocie znajdującym się albo w przedsionku ust, albo na licu lub brodzie, to według dotychczasowych rezultatów klinicznych ulegać nie powinno żadnej wątpliwości, że jedyną racyonalną metodą jest usunięcie przyczyny procesu ropnego wkołowierzchołkowego. O ile wylot przetoki znajduje się w śluzówce ustnej, nie potrzeba innych specyalnych zabiegów, albowiem cewka przetoki zarasta po usunięciu przyczyny samej. O ile zaś wychodzi wylot na zewnątrz, należy wyskrobać przewód przetoki zewnątrz po uprzedniem usunięciu przyczyny w wyrostku zębodołowym.

Dochodzić do siedliska zapalenia z zewnątrz lica, jak to poleca Mayrhoffer, uważam również jak Partsch za niewłaściwe, albowiem wyloty przetok, obierających kręte drogi, są z zewnątrz stosunkowo daleko oddalone od siedliska choroby. Jakkolwiek i tą drogą dojść można do dobrych rezultatów, to droga ta stanowczo nie najwygodniejsza.

Przypadek z praktyki tejże kategoryi podam przy końcu pracy.

Także drogą chirurgiczną możemy wyleczyć zęby o koronach na pozór zdrowych, jedynie cokolwiek ściemniałych, przy których za pomocą roentgenografii stwierdzić możemy ziarniniaki. Zęby te mają po części w jałowym stanie obumarłą miazgę.

Zasadniczo należy poddawać dokładnemu zbadaniu zęby sieczne, wykazujące barwę ciemniejszą.

Badanie takie powinno składać się z oględzin przy świetle dziennem, przy świetle elektrycznem z wewnątrz ust, z badania termicznego, ze stwierdzenia wrażliwości miazgi prądem faradycznym, z badania naciskiem celem wywołania objawów subjektywnych, dalej słuchem podczas opukiwania celem uzyskania danych objektywnych, w końcu z roentgenografowania.

Dla zaoszczędzenia czasu postępuje się w następującym porządku:

a) Rzucając światło lusterkiem stwierdzimy różnicę barwy. Dalszym środkiem pomocniczym przy badaniu barwy zęba będzie prześwietlenie zęba zwykłą małą lampką elektryczną, trzymaną poza zębem.

b) Następnie należy dokładnie obejrzeć błonę śluzową, czy nie dostrzeże się przetoki, wyraźniejszego przekrwienia śluzówki, rozchodzącego się od podejrzanego zęba.

c) Dalej należy stwierdzić naciskiem czubka palca wskazującego wrażliwość w okolicy wierzchołka owego zęba, porównując wrażliwość z zębem sąsiednim. Gdy wrażliwość zwiększona, należy przypuszczać, że okolica wkołowierzchołkowa nie znajduje się w stanie zdrowia.

d) W ciągu dalszego badania uderzamy na koronę z lekka końcem rękojeści wydrążacza, wsłuchując się w uderzenie. Jeżeli dźwięk przy uderzeniu w ząb wątpliwy okazał się krótszy, stłumiony, należy wnioskować, że ozębna znajduje się w stanie przewlekłego zapalenia, jakkolwiek objawów subjektywnych jeszcze nie było lub że korzeń już dawniej został plombowany.

e) Następnie kładzie się czubek palca wskazującego lewej ręki w okolice wierzchołka korzenia i opukuje się ponownie. Jeżeli istnieje martwica blaszki zewnętrznej kości szczękowej i po części równocześnie martwica wierzchołka korzenia — na roentgenogramie przedstawia się wówczas wierzchołek nierówny, szczerbiony — wówczas czuje się dotykiem uderzenie wierzchołka poprzez okostną i śluzówkę o czubek palca.

f) Można jeszcze badać ząb na wrażliwość temperatury, na ciepłotę i zimno. Otrzymując wyniki ujemne przy nizkiej, a czasami tylko pozytywne przy temperaturze wysokiej, możnaby ich użyć na poparcie przypuszczalnego odumarcia miazgi. Ponieważ jednak i zęby zdrowe u mniej wrażliwych osobników wielkie znoszą różnice temperatury, mianowicie gdy cała korona pokryta szkliwem, metodą tą nie uzyskamy niezachwianych danych. Wobec tego zaniechać jej możemy w tym przypadku zupełnie. Inaczej zaś przy istniejącym ubytku w pobliżu komory miazgowej, gdzie metoda ta, zresztą łatwa do zastosowania, dobre daje wyniki.

g) Ważną rolę odgrywa zbadanie prądem faradycznym. Można ku temu celowi użyć zwykłego przyrządu indukcyjnego i nie potrzeba koniecznie uciekać się do drogich przyrządów, podawanych przez Schrödera i Fischera.

Gdy pacyent nie reaguje na prąd zupełnie, natomiast jest wrażliwy przy zębach sąsiednich, możemy z góry oświadczyć, że miazga obumarła.

Co dotyczy badań prądem indukcyjnym, specyalną chcę zwrócić uwagę na to, że możemy czasami otrzymać reakcyę pozytywną u zębów o miazdze zgorzelinowej. Fakt ten spostrzegany także przez innych autorów nie doznał dotychczas wytłómaczenia. Co do mnie, opierając się na tem, że spotkałem pozytywne oddziaływania tylko przy martwicy rozpływowej lub ropnej, tłómaczę objaw ten następująco:

Ciecz wodnista, znajdująca się w przewodzie, przepoiła części organiczne zęba, przeważnie włókna Tomes'a, a będąc dobrym przewodnikiem elektryczności pomimo warstwy szkliwa, przy prądzie silniejszym, jako taki występuje. Przypuszczenie swe popieram tem spostrzeżeniem, że ząb ten otwarty z chwilą wypuszczenia cieczy przestaje reagować na prąd faradyczny. Zaznaczyć jednak muszę, że zęby o martwicy rozpływowej reagują słabiej aniżeli zęby o miazdze zdrowej. Spotkałem się mianowicie z tego rodzaju przypadkami w chwili przejścia zapalenia przewlekłego w stan ostry, gdy kanał był przepełniony ropą. Równocześnie podpadło mi, że przewód był bardzo obszerny.

Przestrzenny przewód w zębie zgorzelinowym wskazuje na to, że obumarcie miazgi musiało nastąpić w chwili tworzenia się wewnętrznych warstw zębinowych w korzeniu — czyli, że krótko po wyrznięciu się zęba, kiedy to pokłady kuśrodkowe komory miazgowej nie zostały jeszcze wykończone.

Ciekawy przypadek tejże kategoryi mam w zbiorach swoich. Pokazywałem go podczas pokazu swego z dziedziny roentgenorafii na zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie w roku 1908. Przy górnym drugim lewym dwuguzkowcu u 28-letniego pacyenta szczyt zęba nie został dotworzony, ząb więc wyglądał na roentgenogramie jakoby miał wierzchołek odcięty, brakowało mniej więcej 5 mm. Ząb ten znajdujący się w stanie przewlekłego zapalenia ozębni podczas leczenia zgorzeli przeszedł w stan ostry. Nie spodziewałem się, że po włożeniu igły długości 12 mm., igła znajdzie się już poza szczytem korzenia. Za pomocą wyskrobania okolicy wkołoszczytowej ząb ten został pacyentowi uratowanym.

h) O ile po takiem zbadaniu należy przypuszczać istnienie ziarniniaka lub martwicy wierzchołka korzenia zęba przystąpić należy do zroentgenografowania; w innych przypadkach czeka się, by oszczędzić kosztów pacyentowi, aż podczas leczenia obraz kliniczny nie da ku temu wskazań dokładniejszych.

Stwierdziwszy martwicę miazgi przystąpić należy do l e c z e n i a odnośnego zęba, nie zaś zadowolić się stwierdzeniem faktu i z powodów przypuszczalnych trudności, mogących się pojawić podczas leczenia, zrezygnować z góry z zapoczątkowania tegoż, pocieszając siebie i chorego tem, że ząb na razie nie boli, konkludując dalej: „a że nie bolał, to zapewne nadal boleć nie będzie".

Mianowicie ostatnie twierdzenie jest co najmniej problematyczne. Opierając się na wielkim materyale klinicznym, który przez lat 6 mianowicie pod tym kątem widzenia poddałem dokładnemu przeglądowi, twierdzę, że zęby o odumarłej miazdze c z y r y c h l e j c z y p ó ź n i e j p r z e j d ą w s t a n z a p a l n y o s t r y. Wówczas zabiegi leczenia trudniejsze, a co gorsza dla chorego przez kilka dni nader przykre.

Zdjęcia roentgenograficzne przypadków tegoż rodzaju wykazały nieomal bez wyjątku — o ile uraz, będący powodem odumarcia miazgi, dłuższy już czas leży wstecz — że wkoło wierzchołka korzenia z powodu chemicznego rozkładu miazgi jakkolwiek jałowego nastąpiły zaburzenia poważniejsze. Napotkane ubytki w kości szczękowej, spowodowane ziarniniakami, dochodzą wielkości grochu, czasami zaś przy torbielach wielkości orzecha laskowego. Twory te patologiczne, przedzielone od zdrowej tkantki szczękowej jakoby ochronnym wałem tkanką łączną, na razie nie wywołują objawów ostrych. W chwili zaś ponownego urazu lub choroby zakaźnej, gdy drobnoustroje krążą w obiegu krwi, podlegają zakażeniu. Z takich chorób niech wspomnę tylko najczęstsze: zapalenie mieszkowe migdałków, grypę, odrę, szkarlatynę; do rzadszych należą: gruźlica, kiła, dalej tyfus, gorączka połogowa i t. d.

Wówczas te siedliska przewlekłego zapalenia bez objawów subjektywnych, tworzące w ustroju ludzkim miejsca mniejszego odporu, służą w pierwszej linii jako kolonie osadnicze o doskonałym materyale ku dalszemu rozrostowi drobnoustrojów; wówczas zęby te zakażone drogą krwi dotkliwie dają się we znaki i po części podlegają wyjęciu, albowiem z powodu poważniejszej choroby o dłuższem leczeniu mowy być nie może.

Wydawaćby się mogło, że przesadzam. Na dowód przytoczę szeregi tych osobników, którzy przy zresztą zdrowym całym szeregu zębów jedną lub dwie wykazują luki w zębach przednich i dla tegoż zeszpecenia już w wieku młodym nosić muszą jeden lub dwa zęby przednie na dostawce płytkowej.

Obowiązkiem naszym, mogącym przeszkodzić niejako dalszym możliwym powikłaniom, rychło źródła późniejszych zaburzeń rozpoznać, a zło poznane nie zachowywać, tylko radykalnie usunąć.

Przy odnawianiu plomb blizko komory miazgowej położonych podpada nam nieraz brak wrażliwości, kruchość zębiny podobnej do tej, jaką spotykamy w zębach o plombowanych korzeniach. Jeżeli należy przypuszczać z położenia i kształtu ubytku zewnętrznego, że tą drogą nie można było wykonać wyjęcia miazgi i zaopatrzyć należycie korzeń, powyższe spostrzeżenia skłaniać nas powinny do podejrzenia, że miazga odumarła a wyjętą nie została. Zapewnić się o tem należy badaniem zęba co do wrażliwości na zimno i prądem faradycznym.

Gdy ubytek zapełniony był dawniej plombą krzemową, należy winę przypisać domieszce arszeniku, który to swego czasu z r. 05—08 w owym przetworze się znajdował. Gdy spotkamy się z cementem fo-

sforanowym*), to tłumaczyć należy martwicę miazgi oddziaływaniem nadmiernego kwasu fosforanowego, zbytecznego do połączenia chemicznego reszty składników cementu.

O ile arszenik działa nawet przez grube warstwy zębiny, a więc może doprowadzić do martwicy jałowej, o tyle przy cementach fosforanowych założonych tuż w pobliżu miazgi, napotkamy na zgorzel. Gnilny zapach świadczy o współudziale drobnoustrojów. Martwica miazgi w tymże wypadku wywołuje zapalenie ozębnej przewlekłe w formie wybujania.

O ile się proces ten spostrzeże wcześnie, kiedy zmiany patologiczne dosięgły ledwie wielkości główki od szpilki, mieć można nadzieję, że zwykłem leczeniem przez przewód kanałowy osiągnie się gruntowne wyjałowienie, trzymając się zwykłych metod zachowawczych.

Poddając leczeniu zęby zgorzelinowe należy nasamprzód komorę miazgową otworzyć, przewód wyjałowić, w końcu zaplombować — a w danym razie ząb poddać resekcyi.

Zasadniczo należy się starać o wygodny dostęp do ubytku; otwór w koronie musi być tak położony, by można w prostej linii igłę do korzenia wprowadzić.

U zębów przednich wchodzę więc nie stronami stycznemi, tylko tworzę sobie, idąc za przykładem Bertena, otwór nowy, wielkości małej główki od szpilki; u górnych siekaczy w okolicy otworu ślepego (foramen caecum) tuż popod guzkiem zębowym (tuberculum dentale) ze strony podniebiennej. U kłów napotykamy po części po stronie podniebiennej gładką płaszczyznę bez jakiegokolwiek wgłębienia. Podobnie też u dolnych przednich zębów. U kłów górnych miejsce analogiczne otworowi ślepemu siecznych zębów łatwo oznaczyć. U dolnych przednich również tylko drogą kombinacyi oś przewodu określić można. Leży ona przeważnie poniżej strony siecznej, po stronie językowej. Trepanując zęby sieczne dolne, bardzo łatwo zmylić drogę, gdyż kształt ich spłaszczony. Najlepiej stanąć tuż przed pacyentem, ażeby tem łatwiej módz nadać kierunek wiertakowi, osadzonemu w kątnicy w kierunku osi zęba.

---

*) Badania Kulki (1911) oparte na miareczkowaniu nadmiernego kwasu fosforanowego wykazały niebezpieczeństwo, grożące miazdze od poniżej wymienionych cementów, w następującym porządku:

1) Najmniej niebezpieczny (A. K. Z. — Ascher's kuenstlicher Zahnschmelz) krzemowy cement Ascher'a.

2) Cokolwiek mniej niebezpieczny cement Harvard'a.

3) Astral, Schenbecka cement. Harvardid podejrzany.

4) Phenakit wręcz niebezpieczny.

U dwuguzkowców wchodzi się centralnie lub powiększa się otwór po stronie stycznej do środka.

Z powodu drogiej ceny nie używam wiertaków dyamentowych, ażeby przedostać się przez warstwę zdrowego szkliwa. Natomiast biorę w tymże celu kółeczko o średnicy 1,5 mm i trzymając je ukośnie do płaszczyzny zęba, w krótkim czasie przedostaję się do zębiny. Trzon rączki prosty przy siecznych górnych należy uchwycić pełną garścią, a wielki palec prawej ręki oprzeć o stronę sieczną trepanowanego zęba, przebieg cały kontrolując lusterkiem. W ten sposób uniknie się ześmyknięcia się wiertaka z twardego i gładkiego szkliwa. Przedostawszy się do zębiny, dochodzi się do komory miazgowej małym wiertakiem różyczkowym idąc w kierunku osi zęba; w końcu otwór cały można rozszerzyć wiertakiem szczelinowym. Cały zabieg trwa jakie dwie do czterech minut. Przez cały przebieg należy p o d p i e r a ć ząb otwierany, ażeby go niepotrzebnie nie narażać na wstrząśnienia. W ten sposób można sobie stworzyć dostęp do komory nawet w stanie ostrozapalnym, nie narażając pacyenta na ból znaczniejszy.

Mając do czynienia z martwicą jałową, należy nam baczyć, ażeby jej przez nieoględne postępowanie nie zakazić. Narzędzia wprowadzane powinny być wyjałowione.

Na pierwszem posiedzeniu zasadniczo nie wprowadzam igły aż do szczytu; zadawalniam się wyczyszczeniem mechanicznem komory miazgowej i pierwszej połowy przewodu. Potem zakładam w przypadku martwicy jałowej wkładkę trójkrezolową, hermetycznie ją zamykając zalepką Fletschera, lub w przypadkach martwicy gnilnej zalepiając półhermetycznie, t. j. przekłówając zalepkę igłą tak, że pozostaje dostateczny odpływ dla powstających gazów.

Dopiero na drugiem posiedzeniu, gdy już zmniejszyła się żywotność drobnousrojów przystępuję do dalszego mechanicznego wyczyszczenia przewodów za pomocą miazgociągów.

Jeżeli korzeń długo stał poprzednio otwarty i podległ nawet w głębi próchnicy, usuwam warstwy spróchniałe gruntownie wiertakami Beutelrocka, bacząc by nie przedostać się po za otwór szczytowy.

Przy ścieśnionych przewodach uciekam się do metody Callehana lub do wiertaków Beutelrocka.

Bądź co bądź kładę wielki nacisk n a d o s z c z ę t n e u s u n i ę c i e m a s o r g a n i c z n y c h. Łepkowski posługuje się w tymże celu ługami w postaci podanej przez niego Radycyny (J. Wisłocki).

Jeżeli nastąpi ból po zamknięciu hermetycznem, przypuszczać należy, że zgorzel istniejąca nie ograniczyła się na przewód miazgowy, tylko że już doprowadzila do przewlekłych zmian wkołoszczytowych.

I faktycznie mogłem w tych przypadkach stwierdzić za pomocą roentgenografii, że istniały już wyraźne zmiany ozębnej.

Przed zamknięciem hermetycznem zęba zgorzelinowego należy zwrócić uwagę choremu na ewentualność bólu, a ten nań przygotowany nie będzie go kładł na karb nieracyonalnego postępowania ze strony lekarza.

Jeżeli już przy pierwszem otwarciu napotykam ciekącą z przewodu ropę, jak to ma miejsce przy zapaleniach ostrych, a strumień zwiększa się pod naciskiem w okolicy wkołowierzchołkowej, otwór szczytowy rozszerzam wiertakiem Beutelrocka, chcąc tem lepszy odpływ stworzyć ropniowi wkołowierzchołkowemu. Równocześnie wykonuję nacięcie pod chloraetylem, który w należyty sposób zastosowany pacyentowi ból uczyni znośny.

Zęby o ostrym stanie zapalenia należy po nacięciu i trepanacyi pozostawić zupełnie w spokoju i otwarte tak długo, aż nie zniknie kompletnie wrażliwość przy nacisku na koronę. Po części wrażliwość zmniejsza się znacznie już w kilku godzinach, a znika, jeżeli otwór trepanacyjny był dostateczny po jakich 2—4 dniach zupełnie. Ewentualnie zajdzie potrzeba ponownego otworzenia otworu trepanacyjnego o ile ropa stężała i zapełniła przewód.

Dopiero po usunięciu bólu przystępuję do ostrożnego wyjałowienia przewodu. Nadaje się do wyczyszczenia mechanicznego skoncentrowany perhydrol (30 odsetek objętości); w końcu zakładam cienki wacik z chlorkiem fenolowem i jodyną, przyczem zostawiam wylot otwarty. Gby wydzielanie ropy się zmniejszyło, przystępuję do zalepienia półhermetycznego a dopiero razem następnym hermetycznego t. j. w dzień przed resekcyą.

Posiadający przyrząd roentgenowski powinien w przypadkach tych, gdzie po zamknięciu hermetycznem nastąpią objawy bólu, czyli że ząb poczyna przechodzić w stan zapalenia ostrego zrobić zdjęcia i przekonać się, jakie istnieją zmiany wkoło wierzchołka.

Gdy napotyka się ubytek ściśle określony, ma się do czynienia z ziarniniakiem — jeżeli przechodzi wielkość grochu i bardzo wyraźnie się ogranicza, należy się spodziewać torbieli. Stwierdzenie ziarniniaka i torbieli w okolicy zatoki szczękowej może robić doświadczonemu roentgenologowi poważne trudności. W jaki sposób tutaj rozpoznanie ustalić należy, o tem pomówię przy innej sposobności. Temat ten za obszerny ażeby go można w kilku słowach dostatecznie przedstawić.

Co zaś do techniki roentgenograficznej wspomnę jedynie, że najlepiej się oryentować można na zdjęciach zrobionych metodą wśród-

ustową, przy których błonkę (films) przyciska się do podniebienia resp. do językowej części wyrostka zębodołowego żuchwy.

Ubytki w kości nakreślone promieniami Roentgena przedstawiają się zazwyczaj mniejsze, aniżeli są w rzeczywistości, a to z powodu kulistej budowy tychże. Czy owe ziarniniaki lub torbiele położone sąbardziej ku językowej lub wargowej stronie, stwierdzić można porównując zdjęcie typowe ze zdjęciem w kierunku osi zęba (axiale Aufnahme), na którym się jednakowoż niedostatecznie uwydatniają szczegóły; po części robię wówczas zdjęcie prawie aksialne, otrzymując ząb w znacznym skrócie.

Dla praktyka ważniejsze są wskazówki natury praktycznej:

1) O ile wierzchołek korzenia na obu zdjęciach sterczy równie wysoko w zarysowany ubytek, należy przypuszczać, że ubytek ten znajduje się bardziej po stronie językowej i że odgraniczony jeszcze grubą blaszką od strony wargowej, n. p. przy bocznych siecznych skłonnych do ropień podniebiennych.

2) Gdy znajduje się ubytek powyżej wierzchołka, a na zdjęciu prawie aksialnym niżej położony, należy przypuszczać, że jest położony ku stronie wargowej i stanie się zaraz po podniesieniu śluzówki i okostnej widocznym. Klinicznie można stan ten stwierdzić drogą opukania sposobem poprzednio opisanym.

Często możemy za pomocą roentgenografii łatwo odkryć przyczynę powstania zapalenia przewlekłego.

1) Na roentgenogramie dokładnie rozpoznać można, czy swego czasu korzeń w zupełności został wypełniony. Widoczne bowiem są materyały jak: jodoform, ciasto trójkresol-formalinowe zawierające tlenek cynkowy, czopki gutaperkowe, cement chlorko-cynkowy lub fosforanowy. Niewidoczne: parafina, wata, o ile nie dołączy się do nich jednej z wyżej wspomnianych domieszek.

Przyczyny złego nie należy dociekać w samem niedostatecznem wypełnieniu korzeni. Sprawa ta mniejszej wagi, o ile korzeń dostatecznie wyjałowiony i żadne w nim nie pozostały drobnoustroje lub masy organiczne, mogące podpaść rozkładowi chemicznemu. Przyczyna leży w pozostałych resztkach miazgi albo już w czasie plombowania w stanie gnicia się znajdujących albo dopiero później rozkładowi podległych.

2) Na zdjęciu skonstatować można perforacye zrobione podczas leczenia miazgi. Najczęściej spotyka się je, gdy leczenie zgorzeli nastąpiło ze strony stycznej zęba; świder rozszerzający otwór, obierając drogę prostą, perforuje korzeń ku stronie przeciwnej.

3) W tych otworach sztucznie zrobionych spotykamy często ułamane kończyny miazgociągów, albo też wprowadzanych w dobrym kierunku, a przełamanych poza otworem szczytowym.

4) Dalej zobaczyć można czopki gutaperkowe lub druciki ułatwiające wprowadzanie cementu lub ciast przy wypełnianiu, a przepchnięte poza wierzchołek.

Wymienione wyżej przypadki już z natury rzeczy tworzą wskazania ku resekcyi, gdyż zmiany zaszłe w kości i objawy subjektywne rychlej nie ustąpią, dopóki przyczyna złego usuniętą nie zostanie.

Z chwilą, gdy zapach gnilny pod wpływem zakładanych wkładek został usunięty, można pomyśleć o zapełnieniu korzenia.

O ile według powyżej podanych wskazań nie wchodzi w rachubę resekcya, korzeń wymyty wyskokiem i wysuszony zapełnia się ciastem trójkrezolformalinowem. Gdy zaś z powodu istniejących zmian wkołowierzchołkowych mamy przystąpić do usunięcia ich chirurgicznie, wypełnia się poprzednio ciepłem powietrzem wysuszony przewód hermetycznie tuż przed rękoczynem cementem chlorko-cynkowym (Poulson'a), polecanym gorąco przez prof. Bertena.

Chlorek cynkowy ma właściwość odkażającą i używany był dawniej w chirurgii do wypalania ran zgorzelinowych.

Z powodu ciągle napływającej cieczy n. p. przy torbielach lub ropniach, nie możemy korzenia zupełnie wysuszyć; wówczas plombujemy go podczas rękoczynu. O sposobie wykonania pomówię później.

Cement chlorko-cynkowy zarabiam do zbitości śmietany i wprowadzam go na grubszych starych, a wyjałowionych miazgociągach, na które owijam watę, tworząc niejako stempel grubości przewodu. W ten sposób zapycham zupełnie kanał.

Dokończyć można plombą korzeniową cementem fosforanowym (Harward'a), łatwiej pozwalającym się do korzeni wprowadzić. Williger bierze zamiast cementu chlorko-cynkowego tylko cement fosforanowy o zbitości śmietany i przepycha przez niego czopek gutaperkowy. Definitywną plombę zewnętrzną, najprościej krzemową, zakłada się najlepiej zaraz. Złoto najmniej się nadaje, albowiem należy chronić ozębną od urazów przy ubijaniu tegoż.

O ile operator prędko pracuje, może z zaplombowaniem korzenia i założeniem zewnętrznej plomby załatwić się między znieczuleniem a rękoczynem, korzystając z czasu 10 minut potrzebnego do pogłębienia znieczulenia miejscowego.

Trudniej się przedstawiają przypadki, w których gruntownego wyjałowienia korzenia przed rękoczynem dokonać nie można. Zdarza się to wówczas, gdy na korzeń osadzony jest ząb ćwioczkowy, ewent. złączony ze systemem mostkowym, przewód sam niedostatecznie wypełniony, a ponad korzeniem znajduje się ropień lub torbiel po części zakażona.

Do niewypełnionego dostatecznie przewodu wpływa ciecz z góry. O ile korzeń zapełniony do $^2/_3$; przystąpić można do usunięcia wybujałości resp. ropnia zaraz, odcinając szczyt korzenia 1—1·5 mm. poniżej niewypełnionego przewodu.

Po części jednakowoż korzeń wypełniony tylko do połowy, czyli, że część górna korzenia na jakie 5—7 mm. nie zapełniona. Gdyby w tej wysokości odcięto szczyt, korzeń zanadtoby się osłabił w swej osadzie. Usunąć ząb ćwioczkowy, chociażby drogą obwiercenia za pomocą trepanów czasami również niewykonalne, gdyż przekrój korzenia za mały jak n. p. przy siecznych dolnych. Przy ewentualnych próbach wyciągnięcia w połączeniu z okręcaniem można wyważyć korzeń, albowiem torbiel zębowa według badań naszych roentgenograficznych może tak dalece wchłonąć kość szczękową, że pozostawia tylko pierścień kostny, służący za osadę o szerokości 3—4 mm. W takim przypadku nie pozostaje nam nic innego, jak zrezygnować z góry z usunięcia zęba ćwioczkowego, albo przystąpić do wyjęcia zupełnego zęba — albo też do wyjałowienia korzenia podczas resekcyi i wypełnienia tegoż, dochodząc od strony otworu szczytowego. Ponieważ przy pewnej zręczności operatora jest to możliwe, przypadki te stoją niejako na pograniczu utrzymania. zęba drogą chirurgiczną. Zęby te jakkolwiek przed rękoczynem tylko w słabym pierścieniu kostnym osadzone, po zupełnem usunięciu torbieli wykazują pierwotną silną osadę, albowiem jama kostna zapełnia się znowu podczas procesu gojenia istotą kostną gąbczastą.

O ile tylko ze względów technicznych możliwe, należy sztuczne zęby, korony pozdejmować, ażeby sobie otworzyć przystęp do leczenia korzenia.

Co do zupełnego zaplombowania korzeni, do ich długości i ewent. karbowań ćwioka, zoryentować się można za pomocą dokładnego roentgenogramu.

Po tych uwagach kończę część pierwszą swej rozprawy, przedstawiwszy wskazania i sposoby przygotowania zęba do odcięcia wierzchołka.

Dalszy ciąg nastąpi.



STANOWISKO LEKARZA-DENTYSTY WOBEC MEDYCYNY

WYGŁOSIŁ NA XI. ZJEŹDZIE LEKARZY I PRZYR. POLSKICH W KRAKOWIE MED. DR G. LIPPEL.

Podobnie, jak każda gałąź medycyny, tak i dentystyka spoczywała pierwotnie w rękach ignorantów, balwierzy lub sług szpitalnych. Dopiero z czasem, gdy coraz więcej wymagano wiadomości, musiała owa szara masa proletaryuszów wiedzy ustąpić miejsca ludziom wytrawnym, oddającym się zupełnie swemu zawodowi. Ci nie mogli się już zadowolnić empirycznem traktowaniem nadarzających się wypadków, ale z konieczności zaczęli się starać z całego szeregu luźnych reguł i spostrzeżeń tworzyć jednolitą całość, ujętą w pewien system naukowy. Chirurgia i technika dentystyczna stała przedtem na tak nizkim poziomie, że według żartobliwego wyrażenia Pfaffa, „tylko urządzano obławy na bolące zęby, a wyrywając je, pozbawiano usta pacyenta narządu żucia, a twarz jej ozdoby“. Metody, jakiemi się posługiwano przy czyszczeniu lub wyłamywaniu zębów, były wprost straszne, protezy niedokładne i prawie nie do użycia.

O przywróceniu ustom takich funkcyi jak zgryzu lub mowy nikt nie myślał, a tem mniej, aby na przykład zresekowane lub przez chorobę zniszczone szczęki zrekonstruować, albo, aby nos, język, albo nawet krtań sztucznie zastąpić, lub jak przy faux lupina, często operatywnie czy protetycznie usunąć rozstępy kości. Dopiero kiedy Pierre Fauchard około r. 1728. wydał pierwsze fachowe dziełko, pod tytułem: „Le chirirgien dentiste“, gdy zaczęto się bliżej zajmować samą istotą chorób i ich przyczynami, gdy zauważono, że choroby jamy ustnej bywały bardzo często albo przyczyną, albo skutkiem chorób ogólnoustrojowych, podniosła się dentystyka do rzędu sąmoistnej nauki. Przedewszystkiem zapoznano się z biegiem czasu bliżej z chorobami samych zębów. Przekonano się, że w pewnych niekorzystnych dla zębów warunkach w ich tkance kostnej powstają defekta, które dają się doskonale wyleczyć, skoro je wypełnimy odpowiednimi materyałami. Tak powstała powoli n a u k a p l o m b o w a n i a. Ba co więcej! próbowano wyciągnięte zęby napowrót wstawić lub je zębami innego osobnika zastąpić. Powstała nauka „transplantacyi“. Już wielki lekarz i fizyolog Haller w 17. wieku się nią zajmował, będąc przekonanym, że przerwane naczynia krwionośne i nerwy się napowrót ze sobą zrastają. W 18. stuleciu J. Hunter podjął na nowo myśl transplantacyi. W nowszych czasach dużo lekarzy zajmowało się tym działem, a i na obecnym zjeździe prof. Łepkowski w swym wykładzie o implantacyi złotych korzonków wskazał nam nowy kierunek na tem polu. Równocześnie

z plombowaniem zębów, musiała rozwijać się część terapeutyczno-konserwująca. Zauważono bowiem, że podczas, gdy defekty kostne nie sięgające aż do miękkich części zęba dały się przez plombowanie wypełnić, to w wypadkach, gdzie zniszczenie ogarnęło już pulpę, rzecz się komplikowała. Ząb taki nieraz po zaplombowaniu bolał, pulpa obumierała, jego periostium stawało się coraz bardziej zapalone, z wysiękiem bardzo często ropnym. Równocześnie zaczynały okoliczne tkanki nabrzmiewać, stan ogólny chorego przechodził w stan gorączkowy i nieraz musiano prędko do ekstrakcyi sięgać, chcąc chorego uchronić od dalszych zniszczeń i złych następstw ogólno-ustrojowych. Z konieczności szukano tedy sposobów i pewnych metod leczenia i zaopatrywania zębów i ich korzeni, przez co stworzono „Dentystykę terapeutyczno-konserwującą“. Opierając się na zestawieniu Dra Jossego w jego artykule: „Prof. Łepkowski's neue Wurzelbehandlungs-Metode“, wspomnę, że już Witzel w r. 1874. polecał w swoim sposobie leczenia kwas karbolowy, dalej Osterwein (r. 1875), kw. salicylowy, Scheff-Jodoform, Walkoff-Chlorfenol, Schmidt-Tymol, Witzel (r. 1885) Sublimat, Łepkowski (r. 1896), Kalium-Natrium. Dzisiaj coraz więcej uznania zyskuje, znów przez Prof. Dra Łepkowskiego podana metoda leczenia za pomocą mięszanki podchlorynu sodowego z nadmiarem ługu sodowego, która nie drążąc w głąb, rozpuszcza schorzałą substancyę kostną, a z nią i mikroorganizmy w niej usadowione.

Atoli nietylko same zęby i ich choroby należą do zakresu działania lekarza-dentysty. W dalszym ciągu mego referatu będę się starał przejść poszczególne działy całej medycyny, aby zwrócić uwagę szanownych słuchaczy na punkta styczne, jakie ma z nimi nasza dyscyplina.

Dla krótkości czasu pominiemy embryonalny rozwój człowieka, podczas którego według Zuckerkandla i innych już zajść mogą i zachodzą, rozmaite zmiany tyczące się rozwoju szczęk i uzębienia i przypatrzymy się bliżej noworodkowi w pierwszych tygodniach jego życia. Otóż niekiedy zobaczyć możemy pojawiające się zmiany chorobowe w jego jamie ustnej przy wykłówaniu się zębów. Lokalnie wywołuje ząbkowanie zaczerwienienie się i opuchnięcie dziąseł, które to zmiany w dalszym ciągu przechodzą zwykle bez żadnych następstw. Atoli te fizyologicznie normalne zjawiska przeszedłszy z jakichkolwiek powodów w patologiczne, dają rozmaite obrazy chorobowe. I tak rozwinąć się może stomatitis, której towarzyszy podniesienie się temperatury, jakoteż złe odżywianie się całego organizmu. Ta z początku kataralna forma, może przejść w dalszym ciągu w stomatitis ulcerosa, a przy zaniedbaniu tego stadyum przyjść może do sepsis, a nawet do exitus letalis. Niektórzy autorowie podają, że przy

wykłówaniu się kłów szczęki górnej zauważyli katary jamy nosa, kanału łzowego, a nawet kataralne zapalenie spojówki. Oprócz lokalnych zmian powoduje dentycya u dzieci także zaburzenia głębiej sięgające. I tak bardzo często występuje brak apetytu, niemający na szczęście większego znaczenia, atoli przecież obniżający stan odżywiania się dziecka. Daleko już poważniejsze są stany kataralne jelit, objawiające się przez dyarrhoe, którą prawdopodobnie wywołuje połykanie schorzałej śliny. Jeżeli się na nie zawczasu nie zwróci dostatecznej uwagi, przejść mogą one w stan chroniczny, który działając wyniszczająco na cały organizm, zagrażać może wprost jego życiu. Równie często jak w przewodzie pokarmowym, spostrzegamy zaburzenia w systemie nerwowym. Mam tu na myśli tetanię, owe kurcze, które wielu lekarzy przypisuje dentycyi. Zaczynają się one stadyum prodromorum, podczas którego dzieci są niespokojne, cierpią na bezsenność i są skłonne do krzyków. Po tem stadyum przednapadowem, które nie zawsze być musi, występują często drgawki mięśni, twarzy i oczu, jakoteż kurczowe zaciskanie palców. Nagle przychodzi do ogólnego tężca, połączonego z utratą świadomości. Stan ten jest bardzo podobny do napadu epileptycznego. Liczba tych napadów jest rozmaita, atoli mogą one tak szybko następować po sobie, że dzieci nawet w międzyczasie wcale do przytomności nie wracają. W końcu może w jednym z takich napadów nastąpić śmierć.

Choroby skórne u dzieci stoją także nieraz w związku z dentycyą, że tylko wspomnę urticaria, erythema, liszaje i exemy, występujące tak często podczas ząbkowania. Czy tu przyczyną jest sam ból jako podnieta nerwowa, czy też zaburzenia w odżywianiu powodują owe zmiany patologiczne skóry, nie jest jeszcze dostatecznie zbadanem. — Jak z jednej strony dentycya wywołuje pewne zmiany ogólnoustrojowe, tak na odwrót i choroby przebyte mają swój wpływ na dentycyę. Najczęściej utrudnia przebijanie się zębów choroba kości „rachitis", która tembardziej je opóźnia, im wcześniej występuje. Syphilis, którą dziecko jeszcze w łonie matki nabyło, działając na cały organizm niszcząco, wstrzymuje także rozwój zębów. Dość wspomnieć owe zdeformowane, cały wygląd ust na niekorzyść zmieniające zęby „chutchinsonowskie". Diagnoza jest dla lekarza nadzwyczaj ważną nie tyle może ze względu na zdrowie dziecka, ile ze względu na zdrowie mamek, by zapobiedz ich zakażeniu przez karmienie dzieci luetycznych. Dzieci takie powinny być karmione albo tylko przez własne matki, albo sztucznie.

Jeżeli już w pierwszych latach osobnika znaczna część pedyatryi wchodzi w zakres wiadomości lekarza-dentysty, to zważywszy, w jak ścisłym związku z całym organizmem stoi wykształcone już uzę-

bienie, zrozumiemy łatwo, że przy leczeniu dojrzałych indywiduów znajomość innych gałęzi medycyny jest wprost nieodzowna. To też w istocie zakres działania lekarza-dentysty nieogranicza się dzisiaj na ścisły obręb leczenia bolesnych i uszkodzonych zębów, ale rozszerza się zwolna coraz bardziej na dyagnostykowanie ze stanu ust na zdrowotność całego organizmu.

Już z osadów, jakie znajduje na zębach, z ich konsystencyi, z mikroskopowego ich wejrzenia, dalej z jakości stanu błony śluzowej, lub ze składu chemicznego wydzielin może on nieraz wnioskować o ogólnym stanie pacyenta. Jak często się zdarza, że lekarz-dentysta pacyenta, który przyszedł do niego z małoważnym bólem zęba, odesłał do odpowiedniego specyalisty, bo raz podejrzywał u chorego gruźlicę, innym razem cukrzycę, to znowu infekcyę luetyczną. Szczególnie w rodzinach, w których kontakt jednostek jest z natury rzeczy ściślejszy, gdzie więc niebezpieczeństwo przenoszenia zarodków infekcyi jest bardzo znaczne, może nieraz lekarz-dentysta przez wczesną dyagnozę u jednego indywiduum — uchronić zdrowie drugiego.

Najważniejszą i najprzystępniejszą drogą, jaką drobnoustroje dostają się do organizmu, jużto z powietrzem, jużto z pokarmem jest jama ust, toteż jej zdrowotność decyduje bardzo często o zdrowotności całego osobnika. Co więcej! W chorobowo zepsutym zębie styka się pulpa wprost ze światem zewnętrznym. Oczywistą jest więc rzeczą, że jest ona drogą, przez którą bakterye stale dostawać się mogą wprost do obiegu krwi i do tkanki nerwowej i wywoływać najrozmaitsze zaburzenia chorobowe w całym organiźmie. Tak przypisuje prof. Pf. ff Wilhelm w wielu wypadkach opuchnięcie gruczołów przyszczękowych i szyi — karies zęba. Wprawdzie wielu uczonych starało się badaniami odpowiedniemi wykazać, że pulpa bardzo mało zdolną jest do resorbowania ciał tak stałych jak i rozpuszczonych, atoli w ostatnich czasach udowodnił Körner swemi doświadczeniami, że rzecz ma się wręcz przeciwnie. Sztucznie obnażoną pulpę u psów posypywał on cynobrem i błękitem pruskim i znajdywał potem te substancye w okolicznych gruczołach limfatycznych i to w dość znacznej odległości od owego zęba.

Israel zwrócił pierwszy uwagę świata naukowego na związek między promienicą a zepsutym zębem. Jego, a potem Partscha doświadczenia wykazały, że zarodki grzybów aktynomykosy wyłącznie tylko przez kanał nerwowy zepsutego zęba dostały się do wnętrza organizmu, co zresztą także i Jaehn stwierdził w 33 przypadkach przy pomocy mikroskopu. — Z tu i ówdzie po czasopismach opisywanej kazuistyki dentystycznej chcę tylko krótko przytoczyć: Periostitis z następową ogólną sepsis i exitus letalis; w innym przypadku

absces na alveoli, który był bezpośrednią przyczyną pneumonii i pleuritis także z exitus. Kronacher donosi o przypadku, gdzie na miejscu abscesu na podniebieniu utworzyło się „carcinoma epiteliale“. Pfaff wspomina o artritis purulenta, stawu temporomaxillarnego z następową nekrozą dolnej szczęki, oraz dwa inne ciekawe przypadki. W jednym z nich ekstrakcya molara schorzałego na periostitis wywołała flegmonę szyi, w drugim ekstrakcya spowodowała meningitis.

Wiadomo, że wiele bakteryi, zanim dostaną się do ogólnego obiegu krwi, żyje i rozmnaża się w błonie śluzowej jamy ust i w zepsutych zębach. Wystarczy wspomnieć bakterye wywołujące pneumonię, tuberkulozę, cholerę, dyfteryę i t. p. Bakterye te znajdujemy jeszcze po 10 do 40 dniach, — gdy chory przebył już szczęśliwie chorobę zakaźną, — w stanie zupełnej wirulencyi, tak, że mają one zdolność zakażenia drugich. Ciekawy fakt podaje nam Eryk Müller: w pewnej ochronie dla dzieci skonstatował on po zbadaniu wszystkich dzieci u jednego niedawno przyjętego dziecka bakcyl Löfflera, aczkolwiek dziecko to zresztą żadnych symptomów chorobowych nie okazywało. Następnego dnia znaleziono ten sam bakcyl u kilku innych dzieci, których łóżka znajdowały się najbliżej łóżka owego wspomnianego dziecka. Po kilku dniach wszystkie dzieci, które spały w tej samej izbie, dotknięte były bakcylem Löfflera, chociaż u żadnego z nich dyfteryi nie wywołał.

Także na odrę może dentysta-lekarz często zwrócić zawczasu uwagę. Dzięki znamionom Koplika, które występują na wargach i po wewnętrznej stronie policzków w postaci małych czerwonych plam z niebieskawym lub białym punktem w środku, może on doglądając zębów dziecka, rozpoznać zawczasu chorobę i działać profilaktycznie, izolując je od innych dzieci. W tem stadyum bowiem choroba ta nie jest jeszcze zaraźliwą, wobec czego łatwo jest przeszkodzić rozszerzeniu się jej na inne jednostki.

Zresztą znamiona Koplika, nie stoją odosobnione, jako cechy dyagnostyczne, bo niektórzy badacze podali nam przy innych, ogólnoustrojowych chorobach, cały szereg zmian, zachodzących w ustach, a odnoszących się do całego organizmu. I tak n. p. przy ostrej tuberkulozie płuc występuje podobnie, jak przy zatruciu ołowiem na zębach, tuż przy dziąśle czerwony pasek, przy przewlekłej niebieskawy, przy skrophulosie białawy.

Przy zatruciach jest bardzo ważna symptomatologia jamy ust, aby ze zniszczenia, jakie w nich widzimy, wnioskować na środek, który te zmiany wywołał. Według Scheffa dostajemy przy zatruciach

kwasami lub ługami strupy o rozmaitej barwie i konsystencyi. Po sublimacie i fenolu, jakoteż po niektórych kwasach, jest on biały, po kwasie siarkowym czerwono-czarny lub czarny, po kwasie azotowym i chromowym żółty. Mikulicz i Kümmel zwrócili nawet uwagę na wody do płukania i nadżerki przez używanie tychże powstałe. W końcu wspomnę stomatitis mercurialis, podczas której przychodzi nieraz do ulceracyi i znekrotyzowania części miękkich jamy ust, a nawet i części kostnych szczęki; następnie stomatitis saturnina przy zatruciu ołowiem z jej bardzo ważnym niebieskawo-czarnym rąbkiem ołowianym, powstałym przez złogi siarkanu ołowiowego w papillach błony śluzowej dziąseł. Także należą tutaj stomatitis arsenicalis i phosphorica, przy której przebiegu przychodzi prawie zawsze do znekrotyzowania szczęk.

Rozmaite, pierwotne choroby błony śluzowej jamy ust jak aphte, stomatitis catharalis i ulcerosa, scorbut albo i następowe jak sklerozy i gummata wymagają do ich zdyagnostykowania bardzo starannego specyalizowania się, a prócz tego, jak już wyżej starałem się zwrócić uwagę, sumiennych i ścisłych wiadomości z dziedziny bakteryologii, będącej dzisiaj podstawą całej medycyny. Także i wiadomości z chemii lekarskiej są potrzebne, chcąc z wyników badań wydzielin gruczołów jamy ust wnioskować na zaburzenia zachodzić mogące w przemianie materyi całego organizmu.

Nawet odleglejsze na pozór od dentystyki gałęzie medycyny jak ginekologia i położnictwo stoją z nią w pewnym zależnym związku.

I tak w czasie menstruacyi, widzimy u niektórych osobników już na pierwszy rzut oka bardzo często przekrwienie i zwiotczenie błony śluzowej dziąseł, które albo po menstruacyi znika, albo też przechodzi w dalszym ciągu w chroniczne zapalenie. Daleko dobitniej można zauważyć podobne objawy chorobowe u kobiet ciężarnych. Faktem jest, że u nich jest stanowczo większa dyspozycya do psucia się zębów jak u innych osobników. Badania chemiczne śliny wykazują po największej części reakcyę bardzo kwaśną, podczas gdy normalnie jest ona więcej alkaliczna. Papille międzyzębowe zaczerwieniają się, puchną, w końcu przerastają i powiększają się nieraz tak dalece, że zwisają w postaci luźnego mięsa między zębami, które przy najmniejszem dotknięciu krwawi. Wreszcie dostajemy obraz ogólnej stomatitis, gdzie całe dziąsła pokryte są masą, złożoną z bakteryi, rozmaitych grzybków, znacznej ilości ciałek ropnych, śliny i resztek pokarmów. Wskutek tych zmian jest trawienie także upośledzone, przyczem pacyentki takie cierpią na bardzo niemiły foetor ex ore. Także i karies szerzy się u nich nadzwyczajnie i wszystkie nasze środki zapobiegawcze w tych wypadkach zawodzą.

Pfaff opowiada, że w podobnym przypadku założył 26 plomb — prawie że bez skutku, natomiast po przebytym porodzie, który tym razem bardzo prawidłowo się odbył, nastąpiło samo od siebie polepszenie się i karies dalej się nie rozszerzała. Także i przy klimakteryum zauważono u kobiet rozpad ropny dziąseł, tak że nieraz musiano usunąć cały szereg makroskopowo nieuszkodzonych zębów, aby szerzeniu się choroby położyć tamę.

W poszczególnych przypadkach potrzebne są lekarzowi-dentyście wiadomości z okulistyki i otiatryi, bo jak wiemy, oko i ucho mają wspólny nerw trigeminus, a ponadto sąsiadują one ze sobą bądźto zapomocą Antrum Highmori, bądź trąbki Eustachego tak blizko, że procesy zapalne z jednego organu łatwo mogą przedostać się na drugi. Łzawienie się oka, jego niezwykła wrażliwość na światło, ścieśnienie i nieruchomość źrenicy, dalej zapalenie spojówki a nawet i rogówki, to wszystko daje się w wielu przypadkach sprowadzić na zmiany chorobowe w zębach lub stany zapalne ich otoczenia. Hancock donosi nawet o oślepnięciu 11-letniego chłopca, które stało w ścisłym związku ze stanem chorobowym zęba, a które też po usunięciu przyczyny częściowo ustąpiło.

Co się tyczy ucha, to pominąwszy irradyujące w ucho bóle, których przyczyny laik nieraz nie zna i zamiast extrakcyi zęba próbuje ból usunąć zatkaniem ucha watą, to rozszerzanie się procesu zapalnego w otaczającej tkance zęba spowodować może w dalszym ciągu typową otitis media, która może znowu rozmaicie przechodzić. W lżejszych przypadkach jest ona tylko kataralna, w cięższych atoli może przyjść do wysięku surowiczego, a w dalszym ciągu nawet i ropnego. Skoro tylko zapalenie przejdzie z gardzieli na błonę śluzową tuby, zauważa pacyent upośledzenie słuchu. Tłumaczymy to tem, że powietrze z obrzmiałej i niedrożnej tuby zostaje zresorbowane, wobec czego zewnętrzne powietrze wpycha silnie błonę bębenkową ku wewnątrz i ogranicza jej zdolność drgania. Naturalnie, że w większej ilości przypadków usunięcie odpowiedniego zęba usuwa zarazem cały obraz choroby, atoli w złośliwszych przypadkach musi się sięgać do otiatrycznych środków zapobiegawczych, a i te czasami nie wystarczają.

W nowszych podręcznikach i dziełach stomatologicznych znajdujemy opisane związki między chorobami jamy ustnej i zębów, a chorobami neuro- i psychopatologicznemi. I tak donosi pani Solier w czasopiśmie „Progres médical 1887", że stwierdziła u idyotów i kretynów w 91% przypadkach zmiany patologiczne. U jednych była dentycya spóźniona, u innych za wczesna, tu były zęby niedokształcone, tam znowu przerosłe, także i artykulacya wiele pozosta-

wiała do życzenia. Talbot, który się zajmował podobnymi pacyentami, potwierdził mniej lub więcej jej wyniki. Ciekawe badania sprzeczne z powyższemi i zbijające częściowo zapatrywania i stygmata Lombrosa co do progenii i tak zwanego ptasiego podniebienia ogłosili Dohrn i Scheele z Kassel. Przy zbadaniu 1011 pacyentów, z czego było 723 zbrodniarzy, 120 wychowanków domu poprawy i 168 dzieci szkolnych, pokazało się, że procentowość anomalii u zbrodniarzy a ludzi normalnych była mniej więcej ta sama. Ogółem 80·82% anomalii u zbrodniarzy odpowiadało 72·34% u normalnych indywiduów. Lutzenberg natomiast podaje w „Annali di Neurologia 1891", że anomalie szczęk u umysłowo chorych 9 do 10 razy częściej przychodzą niż u zdrowych. Przy akromegalii, która na tem polega, że równocześnie z osłabieniem umysłu przychodzi do przerostu kończyn (ἄκρα) jak rąk, nóg, szczęk itd. zauważono, że ona się zaczyna od rozstępywania się zębów w szczęce dolnej. Myxödema, gdzie wskutek zmian w gruczole tarczykowym przychodzi do zgrubienia i nabrzmienia złogów podskórnych tłuszczu, działa o tyle niszcząco na zęby, że chorzy w krótkim czasie bez widocznych zewnętrznych przyczyn, prawdopodobnie z powodu zmian troficznych, tracą swe zęby. Tosamo dzieje się u chorych na tabes i paralysis progressiva. U chorych na paralysis progressiva można zauważyć bardzo często zgrzytanie zębami, którego przyczyną są kurcze, występujące w muskulaturze szczęk.

Z dziedziny psychopatologii wspomnę hysteryków z ich nieraz nadzwyczajną i niczem nieuzasadnioną przeczulicą w ustach i zębach. Do nieprzyjemnych pacyentów należą hypochondrycy, u których drobnostki zachodzące w jamie ust są powodem ustawicznego niepokoju. Przypominam sobie z własnej praktyki pacyentkę, która kilkanaście razy była u mnie z prośbą o wyrwanie jej zupełnie zdrowego prawego kła górnej szczęki. Za przyczynę podawała, że nagniatając oko, wyciskała z niego ropę i że napewne musi istnieć komunikacya między tymi organami. Zęba nie wyrwałem, zapisałem jodynę, atoli ta terapia musiała się niepodobać pacyentce, bo przestała przychodzić. Także i drugi podobny przypadek przychodzi mi na myśl, gdzie neurastenik, student praw, będący po pierwszym egzaminie, naraz przestał pracować, dlatego, że w rzeczy samej niewinny korzonek zepsutego bikuspidata miał mu przyćmić (?) zupełnie zdolność pojmowania. Także i ten pacyent, którego niestety z jego wyimaginowanej choroby wyleczyć nie mogłem, odszedł odemnie do innego kolegi. Zaznaczyć muszę, że już przedemną był u innych lekarzy i że nawet dał sobie parę zdrowych zębów przedtem powyrywać.

Poza temi chorobami z imaginacyi występują istotnie zmiany neuro-patologiczne przy chorobach zębów. I tak Frankl-Hochwarth z Wiednia opisuje cały szereg porażenia N. facialis po extrakcyi. Także zauważono psychozy, manie, delirya po wyrwaniu zębów. Naturalnie w takich przypadkach rozchodzi się tylko prawdopodobnie o wywołanie traumatyczne napadu u indywiduów już predysponowanych. Choroby zębów mogą nawet wywołać napady epileptyczne. Schwartzkopf opowiada o swym 27-letnim bracie, co następuje: W 10 dni po niefortunnem zaplombowaniu 1 prawego zęba siecznego, kiedy rozpoczęły stę periostytyczne bóle, miał on pierwszy raz napad epileptyczny. Po dwóch miesiącach, podczas którego to czasu powtórzył się napad epileptyczny, utworzyła się fistuła periodontyczna. Z czasem ilość napadów się zwiększała coraz bardziej, aż do jednego dziennie. Po dwóch latach extrachowano ząb i napady zupełnie ustały.

U histeryków musi nieraz dentysta-lekarz odróżnić symulowane krwawienie z ust od istotnego krwiotoku. Brandt zwraca jeszcze uwagę na histeryczne zaburzenia w smaku. Pacyenci skarżą się po otrzymaniu plomby lub prothezy na zły smak w ustach i męczą dentystę-lekarza, prosząc o usunięcie tych przypadłości. Naturalnie, że tylko suggestywnie dadzą się one usunąć.

Lekarza-dentystę będą jeszcze interesowały choroby motorycznych nerwów twarzowych, przeczulica i porażenia trigeminusa i facialisa. Te porażenia mogą mieć podstawę anatomiczną, jak zapalenia, nowotwory, krwawienia, zaburzenia w narządzie krwionośnym, urazy większych pni nerwowych. Często bardzo działają toxyczne substancye jak ołów, fosfor itd. porażająco. Do porażeń bez zmian anatomicznych należą porażenia na tle hysteryi i wogóle na tle psychicznym jak: strach, przestrach, rozkosz itd.

Jeżeli nastąpiły porażenia obustronne nerwów, a wskutek tego i mięśni, jak temporalis, masetery i inne, to gryzienie u takich pacyentów staje się wprost niemożliwe. Szczęka dolna zwisa luźnie ku dołowi, usta są stale otwarte, ślina sączy się na zewnątrz. Odżywianie u takich chorych odbywać się musi sztucznie.

Przeciwny temu obraz dają nam kurcze mięśni zgryzowych. Każdemu dentyście-lekarzowi znany jest trismus, wywołany zapalnym procesem tkanki naokołozębowej; albo owo zgrzytanie zębami, mające zwykle przyczyny nerwowe lub podniety zewnętrzne, jak zimno, zdenerwowanie, irytacya itp.

Niestety krótkość czasu i ograniczenie mej pracy zmusza mnie porzucić powyższy dział i przejść do działu niemniej wielkiego i równie ważnego, t. j. do chirurgii.

Tylko po nazwisku przejdziemy nowotwory szczęk jak epulis, fibroma, sarcoma, carcinoma, odontoma, ex i endostozy itd. jakoteż i nowotwory jamy ustnej jak: cysty dermoidalne, ranula, cysty ślinowe, kamienie ślinowe, fibromy, karcinoma języka itd. Operacye powyższych nowotworów wymagają odpowiednich zakładów lekarskich. Znać je atoli trzeba bardzo dokładnie, boć każdy praktyk parę razy do roku styka się z nimi i jeżeli sam operacyi nie wykonuje, to obowiązany jest jak najwcześniej dyagnozę postawić i pacyenta do specyalisty posłać. Atoli często zmuszony jest dentysta do mniejszych zabiegów operacyjnych, dających się ambulatoryjnie wykonać. I tak znana jest każdemu resekcya końca korzonka zęba dotkniętego zapaleniem okostnej, albo resekcya alveoli bądź to wystającej po extrakcyi, bądź zniszczonej wskutek zmian chorobowych. Każdy dentysta powinien mieć wprawę w wykonaniu tych operacyi. Z większych operacyi kostnych należą tu resekcye jakoteż exartykulacye szczęki dolnej. Wspominam o nich, bo w najnowszyeh czasach dużo się pisze o t. zw. immedyatprotezach, które Claude Martin jeden z pierwszych wprowadził, a które na tem polegają, że w miejsce wyresekowanej kości wkłada się odpowiednio wymodelowany i następnie umocowany kawałek kauczuku lub złota. Przez to osiąga się z jednej strony to, że nowotworzące się blizny nie zaciągają się zbytnio, a następnie umożliwia się akt gryzienia (żucia). Empyemata Antri Highmori bardzo często zachodzą w praktyce dentystycznej. Przyczyny zapalenia w 50% przypadków należy szukać w zapaleniu ropnem korzonków zębowych, sterczących do niej, wywołanem przez staphylococcus pyogenes. Jeżeli nagromadzona ropa niedostatecznie przez nos odpływa, musi się nieraz wyresekować w szczęce górnej otwór sztuczny. Czasami i inne przyczyny zmuszają nas do tego. I tak z praktyki swojej przypominam sobie fakt, gdzie 23-letnia pacyentka skarżyła się na nadzwyczajnie silne bóle lewej połowy twarzy, które mimo długoletnich zabiegów neurologów nie dały się usunąć. Oglądając uzębienie pacyentki, zauważyłem istnienie mlecznego jeszcze kła górnego lewej szczęki. Zdjęcie rentgenowskie wykazało zupełnie wykształcony drugi ząb stały, sterczący do jamy Highmora. Odesłałem pacyentkę do szpitala na oddział chirurgiczny, gdzie wytrepanowano dojście do antrum Highmori i ząb wyjęto. Bóle natychmiast zupełnie ustały.

Formą przejściową między dentystyką (lekarską) a techniką stanowi orthodontia. Nie będę się dokładniej nad nią rozwodził, bo inni koledzy szczegółowo dział ten opracowali, zaznaczyć tylko muszę, że orthodontia dzisiejsza nie stara się jedynie już anormalnie zmienione szczęki zapomocą kunsztownie nieraz obmyślanych maszyn prostować,

ale stając się nauką coraz bardziej ścisłą, stara się dociec przyczyn owych deformacyi i w samych początkach im zapobiegać tembardziej, że zauważono, iż owe zmiany w kościach szczęk nieraz przez całe generacye się powtarzają. W najnowszych rozprawach po czasopismach proponują koledzy zaczęcie orthodontystycznego prostowania i regulowania szczęk już u dziecka z mlecznem uzębieniem, aby następnym zębom stałym przygotować miejsce i ułatwić ich przekłówanie się.

Regulowanie tych anomalii należy nietylko do kosmetyki twarzy, której według zdania: „piękna twarz jest najlepszą protekcyą w życiu", nie należy lekceważyć, ale ma ono nieraz i zdrowotność dotyczącego osobnika poprawić. Wszak n. p. każdemu znane jest owo przegięcie się górnej szczęki tak, że pacyent dogryza zaledwie ostatniemi molarami, podczas gdy cała jama ust stoi otworem. Zmiany i skrzywienie, jakim uległo septum narium powodują zatkanie się dróg oddechowych nosa, zmuszając pacyenta do oddychania ustami. Zmiany temperatury, pył, drobnoustroje dostają się wprost do płuc i wywołują tamże co najmniej chroniczny stan kataralny błon śluzowych; w samej jamie ust przybłonek staje się grubszym, wydzielanie śliny jest bądźto zmniejszone, bądź już wydzielona ślina prędko wysycha. Wskutek tego odporność jamy ust przeciw drobnoustrojom jest bardzo na niekorzyść zmieniona, co znowu przy najbliższej sposobności ujemnie się odbija na całym organiźmie. Widzimy więc, że dentysta-lekarz, nawet kiedy ubrał fartuch robotnika, t. zn. kiedy stał się modelatorem względnie technikiem, zupełnie nie przestaje być lekarzem, przeciwnie, musi bardzo często wziąć do pomocy wszystkie wiadomości zdobyte w swoim zawodzie, a nawet i wiadomości z innych dziedzin, by w danym wypadku należycie swe zadanie wykonać. I tak do zrekonstruowania czy to defektów naturalnych (jak skrzywienie szczęk, nosa, zębów), czy też wywołanych zmianami patologicznemi, czy też wreszcie zmianami wskutek zabiegów operatywnych, nie wystarcza zdolny lekarz lub zręczny technik. Tu trzeba być bardzo dokładnym znawcą twarzy ludzkiej, aby, o ile można najlepiej, wyrównać lub poprawić to, co owe zmiany zepsuły, gdyż ma się do dyspozycyi materyał tak subtelny i tak nieraz trudno dający się naginać i formować, jak kości i mięśnie twarzy ludzkiej.

A jednak przypadki tu i ówdzie zademonstrowane na kongresach fachowych, wprawiały w zdumienie nawet największych znawców, gdy demonstrant potrafił w zmarszczoną, zmianami chorobowemi i starością zniszczoną twarz przez prawdziwie kunsztowne uzupełnienie braków nową świeżość i młodość włożyć, albo gdy przez naginanie kości według swego własnego poczucia piękna potrafił z natury niełądną twarz

w piękną przemienić. Na to niema niestety gramatyki ani odpowiednich podręczników, tu trzeba przez długie lata wykształcać w sobie zmysł artystyczny i poczucie piękna, a równocześnie mieć cały zasób wiadomości teoretycznych i wprawne ręce robotnika modelatora. Gdzie niema razem tych wszystkich przymiotów, tam trudno o prawdziwie dobrą pracę. Gdzie brak strony estetycznej lub fachowej wprawy robotnika, może nawet najuczciwszy dentysta wiele szkody narobić. Ile to regulacyi bezcelowych, nieraz deformujących usta pacyenta zrobiono, ile zębów przez nieumiejętne naginanie i skręcanie zmarniało, ile protez nieudolnych wykonano, które zamiast ozdobić, zeszpeciły pacyentów.

A teraz reasumując to wszystko, przyznamy, że lekarz-dentysta w sposób powyższy opisany i pojęty musi być człowiekiem znacznej wiedzy.

Oprócz dokładnych wiadomości podstawowych, jakiemi są anatomia, histologia, musi nie mniej dokładnie znać fizyologię i patologię jamy ust, musi mieć szczegółowe wiadomości z pedyatryi i interny, okulistyki i otiatryi, chirurgii, psychiatryi i wielu innych działów medycyny.

Także i z teoretycznych działów medycznych należy, aby dentysta-lekarz miał bardzo znaczny zasób wiadomości, jak naprzykład chemii lekarskiej. o ile ona dotyczy chorobowo zmienionych wydzielin jamy ustnej, jakoteż chemii mikroskopowej do badania treści osadów zębowych i błony śluzowej jamy ust, a w końcu z bakteryologii, bez której dzisiaj obejść się nie można.

Widzimy z tego, że nauka dentystyki w ten sposób pojęta stoi co najmniej na tej samej wyżynie, co każdy inny specyalny dział medyczny, a nawet przez nadzwyczajną różnorodność przedmiotów, z którymi jest w związku, jakoteż przez szczególną odpowiedzialność, jaką na nią jako na profilaktyczną dyscyplinę nakładamy, stanowisko lekarza-dentysty jest może trudniejsze i bardziej odpowiedzialne. — Bo w przyszłości zadaniem głównem lekarza-dentysty nie będzie tylko naprawianie braków, wywołanych przez rozmaite choroby w ustach, ale, i to podkreślam, zadaniem jego będzie profilaktyka. Ze stanu czy to mikro- czy makroskopowego jamy ust i jej organów będzie musiał wnioskować o przyszłej zdrowotności osobnika i wszelkimi sposobami, stojącymi mu do pomocy zwalczać chorobę całego organizmu bodaj czy nie przed jej zaczątkiem.

Nie będzie więc przesadą, jeżeli powiemy, że dentysta-lekarz ma być w przyszłości stróżem zdrowia człowieka. A jeżeli zadanie internisty dziś nietylko na leczeniu chorób już istniejących po-

lega, ale także na zapobieganiu im (czego przykładem n. p. sero-therapia), to dentysta-lekarz jest powołany na jedno z pierwszych miejsc, by być przy rozwiązaniu tego, tak idealnie pojętego zadania, pomocnym. Niech nas to nie zraża, że nasza nauka ma jeszcze bardzo wiele luk i ciemnych miejsc. Już z dzisiejszego postępu nauki mamy prawó wnioskować, że przyszłość da nam, na nie jedno, dziś może jeszcze zawcześne postawione pytanie, wyczerpującą odpowiedź.

Kończąc swój odczyt pozwolę sobie jeszcze na jedną kwestyę ogólnej natury zwrócić uwagę.

Choroby zębów i ust należą do tych., które nie ograniczają się na poszczególne indywidua, ale które zakaziły bodaj czy nie największe koła społeczeństwa. Pojawiają się one wszędzie i u wszystkich czy to u dzieci, czy młodzieży, u ludzi dorosłych, czy starców, u mężczyzn i u kobiet. Po fabrykach, szkołach, zakładach wojskowych, szpitalach lub innych instytucyach, gdzie więcej ludzi zmuszonych jest razem przebywać, występują one w rozmaitych postaciach z niezwykłą natarczywością. A ponieważ tylko z początku mają charakter czysto lokalny, boć później odbijają się na całym organiźmie, przeto należy im poświęcić znacznie więcej uwagi, aniżeli by się na pozór zdawało i całą potęgą zjednoczonych jednostek, jaką jest dzisiejszy zjazd, zwalczać tego wroga, który ludzkość wolno, ale z nadzwyczajną wytrwałością degeneruje. Już w całym świecie naukowym pojawiają się prace w tym kierunku, które sprawiły, że i rządy zaczynają się starać szeszeniu się chorób jamy ust i zębów położyć tamę przez ustanawianie odpowiednich instytucyi lekarzy-dentystów przy wszystkich większych zakładach. Wprawdzie są to dopiero zaledwie początki, ale jeśli praca na tem polu nie ustanie, jeżeli zgubnej wytrwałości chorób jamy ustnej przeciwstawiać będziemy stale dążność do ich zwalczania, to możemy mieć nadzieję, że przyjść może kiedyś chwila, w której te choroby albo wogóle do przeszłości należeć będą, albo przynajmniej na znikająco małej ilości pacyentów się ograniczą.



Dr TADEUSZ MISCHKE.

JAMA USTNA A USTRÓJ — ICH WZAJEMNY STOSUNEK.

Cel uwag pod powyższym tytułem, które poddaję jak najsurowszej krytyce świadomych rzeczy, streszcza się w końcowych wnioskach. Ponieważ skromna moja praca nie może być w pierwszym zeszycie kwartalnika w całości zamieszczona, pozwalam sobie za zgodą komitetu redakcyjnego końcowe wnioski, uchwalone przez sekcyę stomatologiczną XI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, podać na wstępie obok projektu szematu pytań dla podjęcia statystyki na szeroką skalę.

Wniosek I: XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, uznając wielkie znaczenie jamy ustnej w sprawach dotyczących całego ustroju, przypomina ten szczegół, znany zresztą światu lekarskiemu, zwracając równocześnie uwagę, że systematyczne opracowanie zmian chorobowych jamy ustnej ze szczególnem uwzględnieniem następstw dla reszty ustroju, et vice versa, przyczyni się znakomicie do wzbogacenia wiedzy lekarskiej, a naukę stomatologii postawi na jej właściwym poziomie.

Wniosek II: Uznając doniosłość statystyki dla potwierdzenia wniosków, opartych na innych metodach badania, Zjazd zwraca się do instytucyi naukowych i samodzielnych badaczy z inicyatywą stworzenia statystyki na wielką skalę na podstawie jednolitego szematu pytań, który się dołącza w zarysie (celem poddania go krytyce i uzupełnieniu przed ostatecznem przyjęciem).

Wniosek III: Z uwagi, że jama ustna jest integralną częścią ustroju i stoi z nim w ścisłym związku pod względem anatomicznym, fizyologicznym i patologicznym, wymaga leczenie lub wykonywanie jakichkolwiek rękoczynów celem poprawy stosunków w jamie ustnej bezwarunkowo znajomości całego ustroju, jeżeli ma stać na wysokości swego zadania.

Projekt szematu pytań dla zestawień statystycznych (w zarysie celem poddania go krytyce, ułożenia porządku pytań i uzupełnienia przed ostatecznem przyjęciem):

I. Liczba porządkowa

II. Imię i nazwisko (względnie inicyały), płeć.

---

1. Mieszka na wsi czy w mieście?
2. Położenie mieszkania (strona świata, piętro, ile osób mieszka razem)?

3. Wiek badanego?
   Jakie zęby mieli lub mają rodzice?
4. Jak był karmiony w niemowlęctwie?
5. Jakie choroby przebywał lub na co cierpi obecnie?
6. Jaki jego zawód?
7. Sposób odżywiania (czy zachowuje jaką szczególną dyetę)?
8. Jakiej wody używa do picia?
9. Jaki ma kolor włosów? jaką cerę?
10. Oddycha ustami czy nosem zwyczajnie?
11. Jaki stan gruczołów limfatycznych, zwłaszcza podszczękowych?
12. Czy pali tytoń i jak? (inhaluje lub nie?).
13. Czy używa alkoholu, jakiego i ile?
14. Czy używa kawy, herbaty i ile?
15. Czy żuje powoli, czy szybko?
16. Czy i jak usta pielęgnuje?
17. Jaki kształt nosa i drożność przewodów?
18. „ „ górnej szczęki?
19. „ „ podniebienia?
20. „ „ dolnej szczęki?
21. Jaka wielkość i ruchomość języka?
22. Ile mu zębów brakuje i które z powodu retencyi?
23. „ „ „ „ „ „ wskutek wyjęcia?
24. Jaka barwa zębów (plamy)?
25. Ile zębów spróchniałych?
26. Czy próchnica ostra (żółta) czy chroniczna (czarna)?
27. Jakie ustawienie zębów? (według Angle'a?).
28. Jaka okluzya według Angle'a?
29. Jaki profil twarzy?
30. Czy jest osad mięki, papkowaty na zębach i w jakiej ilości?
    Czy jest kamień twardy, na których zębach i ile?
31. Czy zęby się chwieją, które i w jakim stopniu?
32. Ile zębów plombowanych? czem?
33. Jaka twardość dentyny?
34. Umiejscowienie próchnicy? (na której ścianie zęba?).
35. Czy nosi zęby sztuczne, jakie, ile?
36. Jaki stan dziąseł? (barwa, wiotkość, obrzęk, krwawienie, wydzielina z kieszonek?).
37. Stan błony śluzowej ust wogóle (gładkość, barwa, suchość, ślnienie)?
38. Jakość i obfitość śluzu? } gęstość, reakcye?
39. Jakość i obfitość śliny? }

40. Jaka woń z ust? (kwaśna, gnilna i t. d.?).
41. Szczególne spostrzeżenia (np. zajęcza warga, palatoschisis, choroby gardła, nosa, uszu, czaszka długa czy szeroka itd. itd.).

Mówiąc o jamie ustnej, nie mamy oczywiście na myśli tylko jej przestrzeni, ale wszystko to, co ją tworzy i wypełnia.

Sprawa stosunku jamy ustnej do reszty ustroju nie doznała dotychczas w nauce tego uwzględnienia, na jakie zasługuje.

Prace tego rodzaju przekraczają granice możności praktyka, nie rozporządzającego ani czasem, ani odpowiednim aparatem pomocniczym. Należą one do pracowni naukowych odpowiednio wyposażonych. Statystyka zaś, jeżeli ma nam w tej sprawie istotnie cenne oddać usługi, musi być przeprowadzona według jednolitego kwestyonaryusza na jak największej liczbie badanych i ze ścisłą dokładnością.

Są to zagadnienia nie więcej i nie mniej ważne, niż zdrowie człowieka. Ich rozwiązanie wpada w tę samą otchłań postępu wiedzy ludzkiej, co wszystko inne nie wyjaśnione dostatecznie. — Postęp idzie pod znakiem nieskończoności. Możnaby tedy paradoksalnie powiedzieć, że ostateczne rozstrzygnięcie każdej kwestyi możliwe jest na końcu nieskończoności. Ale ze stanowiska praktycznej wiedzy lekarskiej idzie nam o mniej lub więcej skuteczne zapobieganie lub przeciwdziałanie zmianom chorobowym ustroju, choćby tylko w pewnych względnych granicach. Te granice się rozszerzają w miarę obejmowania całokształtu przyczyn i skutków w odniesieniu do zmian chorobowych.

Objawy spotykane w jamie ustnej są wynikiem pewnych zdarzeń w ustroju, a przyczyną innych. Poznanie tego splotu przyczyn śród- i pozaustrojowych wraz z ich skutkami umożliwia nam walkę z chorobą.

Pominąwszy cały szereg zmian o charakterze objawów klinicznych, pojawiających się w jamie ustnej przy chorobach zakaźnych, skazach, cierpieniach przewodu pokarmowego, narządu krążenia i oddechania, systemu nerwowego, pominąwszy następstwa chorób zębów, szczęk, dziąseł i języka, powstające przez bezpośrednią ciągłość, względnie pośrednią łączność tkanek w sąsiednich i odleglejszych częściach ustroju, zwróćmy uwagę na 3 grupy zmian chorobowych, spotykanych najczęściej, a mianowicie na próchnicę zębów, pyorrhoea alveolaris, i nieprawidłowości w kształcie i ustawieniu szczęk i zębów ze stanowiska ich stosunku do reszty ustroju.

Największa ilość badaczy przyjmuje obecnie t. zw. chemiczno-pasożytniczą teoryę dla wyjaśnienia powstawania próchnicy.

Jeżeli w każdym danym wypadku próchnicy zadamy sobie szereg pytań, nastręczających się logicznie jedno po drugim, spostrzeżemy, że

nawet sam fakt ubytku w szkliwie i dentynie nie zawsze w tej teoryi znajduje wytłómaczenie.

Węglowodany rozkładają się pod wpływem drobnoustrojów. Powstające przy tem kwasy rozpuszczają szkliwo. Proces ten postępuje aż do dentyny. Tu kwasy rozpuszczają jej mineralne części, a inne bakterye rozkładają składniki organiczne. Jeżeli ta teorya ma nam wyjaśniać każdy wypadek próchnicy zębów, w takim razie bez kwasów i bakteryi nie może ona t. j. próchnica, przyjść do skutku. Wiemy też, że nie ma ust bez bakteryi. Czy również nie ma ust i bez kwasów? I na to pytanie można odpowiedzieć, że nie ma, ale też w każdych ustach ślina mieszana może wśród pewnych okoliczności oddziaływać naprzemian kwaśno lub alkalicznie. Trzebaby więc przypuścić, że albo wystarczy działanie kwaśne z przerwami do wywołania nadżerek w szkliwie, albo że w pewnych wypadkach ślina oddziaływa stale kwaśno przez pewien czas potrzebny do rozpuszczenia szkliwa i dentyny.

Próchnicy podlegają w tych samych ustach nie wszystkie zęby w tym samym stopniu i czasie. Wynikałoby stąd, że niektóre zęby są przystępne działaniu kwasów jamy ustnej i jej bakteryi, a inne nie.

Czy ta skłonność nierówna polega na właściwościach powierzchni, która mając np. zagłębienia, ułatwia dłuższe zatrzymywanie się kwasów na jednem miejscu, czy na wyjątkowej kwasocie i gęstości śluzu w pewnych okolicach jamy ustnej, czy na budowie lub składzie chemicznym zęba, lub też na braku t. zw. witalnych właściwości zęba, względnie miazgi jego, czy też może jeszcze na czem innem, pozostaje do rozstrzygnięcia.

W każdym razie rzeczywistość wykazuje, że taka wyjątkowa skłonność pewnych zębów w tych samych ustach, lub wszystkich, względnie większości zębów w różnych ustach, istnieje. — Nasuwa się pytanie, od czego zależą własności, które rozstrzygają o skłonności lub odporności zębów na próchnicę, jakiekolwiekby one były?

Można przypuszczać różne przyczyny, jak dziedziczność, sposób odżywiania, stan zdrowia wogóle, a stąd skład krwi, ustawienie zębów i stosunek wzajemny szczęk, a stąd warunki funkcyi i pracy wykonywanej, wpływającej na sposób odporności przez ułatwienie lub utrudnienie napływu krwi, czy też wyzwolenie lub uwięzienie innych sił życiowych bliżej nieznanych.

Jeżeli zważymy, że często w tych samych ustach zęby z głębokimi szczelinami ulegają później próchnicy niż gładkie, albo wcale nie, że zęby o tych samych warunkach zewnętrznych jedne podlegają próchnicy, a inne, stojąc tuż obok nich, są nieknięte, musimy przyjąć jako rzecz pewną, że czysto zewnętrzne przyczyny, jak kwasy i drobnoustroje nie

wystarczają do wywołania próchnicy, ale że potrzebują koniecznie odpowiedniego podłoża w samych zębach, inaczej mówiąc w samym ustroju, boć zęby są przecież jego integralną częścią.

Zachodzi tu mutatis mutandis fakt podobny, jak przy odporności czy skłonności ustroju wobec chorób zakaźnych, a nawet wszystkich innych prócz urazowych, tak że można i tu mówić o usposobieniu chorobowem, dispositio, diatesis.

Takie usposobienie mogłoby być odziedziczone lub nabyte. Nawet w wypadkach na pozór zupełnie potwierdzających teoryę chemiczno pasożytniczą (którą bym nazwał lokalną w przeciwstawieniu do diatetycznej), t. j. w próchnicy piekarzy i cukierników trzebaby mojem zdaniem zastosować metodę ściśle krytyczną, aby się przekonać, czy inne czynniki nie odgrywają tu ważniejszej roli, niż działanie kwasów i bakteryi.

Wielką skłonność tych zawodowców do próchnicy tłómaczy się powszechnie nadmierną ilością pyłu mącznego i cukrzanego w ustach, a stąd łatwością wytwarzanta się kwasu mlekowego, posądzanego o rozpuszczanie szkliwa etc. Łatwo jednak zauważyć, że ludzie tych zawodów odznaczają się pewną charakterystyczną bladością i otyłością, jakkolwiek zwykle swych wytworów piekarskich nie spożywają w większej ilości niż inni ludzie.

Interniści mogliby zapewne coś więcej powiedzieć o pewnych charakterystycznych zmianach ustroju w tych zawodach, właśnie wskutek pewnych odrębnych warunków, w których się obracają. Jak w wielu innych wypadkach, tak i tu nasuwają mi się wątpliwości, czy raczej nie pewne ogólne zmiany w ustroju, jak upośledzenie składu krwi wskutek pozostawania w niehygienicznych warunkach (praca w lokalach bez słońca, źle wietrzonych, zapylenie dróg oddechowych i powierzchi skóry) nie dają tutaj owego patogenicznego podłoża. Do rozstrzygnięcia tego pytania mógłby posłużyć następujący eksperyment: Pracujący przy mące i cukrze mieliby trzymać przez cały czas trwania pracy, względnie pobytu w pracowni, jakiś rozczyn alkaliczny w ustach z wyjątkiem krótkich koniecznych przerw. Inne warunki pozostałyby w takim wypadku te same. Gdyby mimo to próchnica czyniła postępy byłby to dowód, że kwasy w ustach nie były jej przyczyną i odwrotnie. Tego samego sposobu możnaby spróbować u innych osób z wysoką skłonnością do próchnicy.

Możnaby jeszcze w inny sposób znaleźć wyjaśnienie tej wątpliwości, a mianowicie przez obserwacyę pewnej ilości osobników zdrowych, dziedzicznie próchniczo nie obciążonych, z okluzyą I kl. według Angle'a, racyonalnie odżywianych, a oddających się zawodowi piekar-

sko-cukierniczemu w hygienicznie, specyalnie urządzonych pracowniach. W stwierdzeniu w tych warunkach tak postępującej próchnicy, jak to przywykliśmy w tych zawodach spostrzegać, mielibyśmy potwierdzenie teoryi chemiczno-pasożytniczej. Bo wiemy, że wielu autorów odporność na próchnicę czyni zależną od rzetelnej i dzielnej funkcyi uzębienia, a do tego potrzeba prawidłowego ustawienia zębów i prawidłowego stosunku wzajemnego między górnym a dolnym łukiem zębowym, a taki jest właśnie stan rzeczy w klasycznej postaci I kl. okluzyi według Angle'a. Rozpanoszenie się próchnicy w takich ustach byłoby dowodem wystarczania teoryi chemiczno-pasożytniczej bez oglądania się na inne możliwości.

Zastanawiając się zresztą nad działaniem kwasów i drobnoustrojów w próchnicy, musimy oczywiście obracać się w pewnych granicach co do stopnia i siły tego działania w miarę tego, jak to istotnie w ustach się dzieje. Poza jamą ustną zęby mogą być narażone na działanie nawet zgęszczonych kwasów przez czas dłuższy, podczas gdy w ustach kwasy znajdują się w znacznem rozcieńczeniu. Ono może dojść do takiego stopnia, że kwas nie będzie miał żadnego wpływu na szkliwo. Trzeba więc w skłonności do próchnicy takich warunków w jamie ustnej, aby kwasy w dostatecznem zgęszczeniu się wytwarzały z węglowodanów pod wpływem bakteryi.

Od czego te warunki zależą?

Prawdopodobnie są to te same warunki, które rugują odporność jamy ustnej na działanie drobnoustrojów wogóle, których jednak nazwać dokładnie nie umiemy. Domyślamy się jednak, że odgrywają tu ważną rolę: unaczynienie błony śluzowej, jakość krwi, śliny i śluzu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)



AMPUTATIO PULPAE

OPRACOWAŁ DR EDW. SCHALIT

Metoda nie nowa, bo wprowadzona do dentystyki jeszcze w r. 1872 przez Adolfa Witzla. Zwolenników nie znalazła wielu, więc nic dziwnego, że prędko o niej zapomniano. Zabieg całkowitego wyjęcia miazgi tak bowiem wszedł w krew i kości wszystkich, że usiłowano go stosować wszędzie i zawsze bez względu na to, czy dał się przeprowadzić, czy nie — a że takie bezkrytyczne manipulacye w korzeniach pociągały za sobą niejednokrotnie najfatalniejsze skutki — więc cóż z tego — wszak ogólnie przyjętym przez naukę przepisom stało się zadość, a za niepomyślne wyniki nikt przecież odpowiadać nie mógł.

Powoli jednak zaczęto się przekonywać, że ten t. zw. ideał w leczeniu korzeni, za jaki przez długi czas całkowite wyjęcie miazgi uchodziło, w większości wypadków osiągnąć się nie da i dlatego zaczęto się oglądać za czemś, coby ten ideał zastąpić mogło. I wygrzebano starą metodę. Ugruntowano jednak dla niej nowe podstawy, oparto ją na tak ścisłych badaniach naukowych, że teraz i mniej krytyczne umysły do niej się zwróciły i powitały jako zapowiedź nowej ery w leczeniu schorzałej miazgi.

Podstawę naukową dali jej Fischer i Preiswerk, praktycznie ją pogłębił Boenecken. I jemu też zawdzięcza swój rozwój. Statystyka przez niego ogłoszona jest wprost olbrzymia — poparta doświadczeniem 17-letniem, tak, że zrozumiałem jest, jeżeli w swym entuzyazmie dla niej twierdzi, że uważa ją za „największą zdobycz terapii dentystycznej, a także za największe dobrodziejstwo dla cierpiącej na zęby ludzkości".

Z kolei zastanowić nam się wypada nad kwestyą, czy zabieg ten ma racyę bytu i jakie okoliczności towarzyszyły względnie wywołały jego powstanie.

Artystyczne preparaty korrozyjne wykonane przez Fischera i Preiswerka stanowią niezbity dowód o niemożliwości wydostania całej miazgi zębowej. Dotychczasowe nasze zapatrywania o stałości kanałów korzeniowych dla pewnych gatunków zębów zostały przez to obalone, gdyż oni pierwsi wykazali, że istnieją liczne komunikacye i połączenia pomiędzy pojedynczymi kanałami, w następstwie czego także i miazga w poszczególnych korzeniach nie tworzy jednolitego postronka ale jak z preparatów tych przekonać się można czasami nawet dość misterną siatkę złożoną z pojedynczych gałązek. Jeżeli do tego dodamy, że i same korzenie okazują niejednokrotnie przebieg kręty, że nierzadko też są pozrastane ze sobą, zrozumiemy, dlaczego często natrafiamy na trudności, których pokonać nie jesteśmy w stanie.

O zupełnem, nienagannem wyleczeniu zapalenia miazgi (pulpitis) można tylko wtedy mówić, jeżeli uda się miazgę całkowicie usunąć, a korzenie antyseptycznie wypełnić. A możliwe to jest właściwie tylko w zębach jednokorzeniowych i to u osób młodych. W zębach natomiast wielokorzeniowych cała t. zw. „Wurzelbehandlung“ stawia niejednokrotnie cierpliwość naszą na tak szaloną próbę, że po żmudnych, a w większości wypadków bezowocnych usiłowaniach — nie dokończywszy rozpoczętej pracy przystępujemy do wypełnienia zęba. Że w tych wypadkach t. j. po kauteryzacyi miazgi brak tego dobroczyńcy ludzkości t. j. brak bólu przyczynia się do popełnienia niejednej niewłaściwości — nie ulega wątpliwości. I dlatego przyznać należy słuszność Walkhoffowi, który twierdzi, że w podobnych wypadkach w zasadzie wszyscy wykonują amputacyę ale źle i stąd przyczyna dlaczego zabieg ten w rękach niedoświadczonych dawał i daje złe wyniki.

Nie miejsce tu wyliczać zapatrywania poszczególnych badaczy na tę metodę. To jedno powtórzyć możemy za Dependorfem, że potrzeba całkowitego usunięcia miazgi po jej dewitalizacyi istnieje i nadal w całej pełni. A ponieważ jak wyżej wspomniano osiągnąć się to da na drodze mechanicznej w zębach jednokorzeniowych uzębienia zarówno mlecznego jak stałego, przeto niema potrzeby stosowania innych metod w tych zębach. W zębach natomiast wielokorzeniowych jest całkowite usunięcie miazgi przeważnie niewykonalne, ponieważ utrudniają je tak anatomiczne jak i patologiczne stany tkanek należących do korzeni, tu więc wchodzi w swoje prawa amputacya. Fischer uważa nawet całkowite usunięcie miazgi za mikroskopijną amputacyę, ponieważ jego zdaniem resztki miazgi po każdej extirpacyi mimo wszystko zostają. Z tej przyczyny powstał też obóz radykalnych zwolenników metody amputacyjnej, którzy chcieliby metodę tę zastosować do wszystkich wogóle zębów, gdyż nie widzą powodu, dlaczegoby po niedostatecznej extirpacyi miał ząb jednokorzeniowy okazywać mniejsze zmiany w okolicy wierzchołka niż wielokorzeniowy — dlaczego świderki i extraktory łatwiej ulegać by miały złamaniu w wielo- niż jednokrzeniowych zębach i w końcu dlaczego unikanie wszelkiego urazu w regio apicalis mniej ma być potrzebnem w zębach jedno- niż wielokorzeniowych. — Tych zapatrywań nie podzielam. Przyznać musimy otwarcie, że nie rozporządzamy właściwie żadnymi sposobami, mogącemi sprowadzić wyleczenie chorej miazgi, gdyż te, którymi się dzisiaj posługujemy, na miano „leczenia“ w szerszem tego słowa znaczeniu zasługiwać nie mogą. To co stosujemy, jest zabiegiem chirurgicznym, a zabieg chirurgiczny to tylko ultimum refugium. Usuwanie zatem miazgi, tak ważnego dla zęba narządu, nie może uchodzić za ideał, bo usuwamy przecież narząd zdolny

do życia li tylko dlatego, że uległ zmianom patologicznym, których leczyć nie umiemy. Z tą bezsilnością naszą liczyć się musimy i dlatego z dwojga złego wybieramy zło mniejsze i zamiast wyjmowania zęba, jak to dawniej na szeroką skalę praktykowano, usuwamy przynajmniej miazgę. A to samo już oznacza postęp wielki.

Gdy jednak i ten zabieg nie zawsze jest wykonalny, nie pozostaje nic innego, jak zwrócić się do sposobu innego, któryby także doprowadził do celu. A tym sposobem jest właśnie amputacya. Metoda ta bynajmniej nie żąda dla siebie jakiegoś uprzywilejowanego stanowiska, zasługuje jednak stanowczo, by zajęła obok metody extirpacyjnej miejsce równorzędne w leczeniu schorzałej miazgi. Na podstawie własnego doświadczenia uważam ją za zdobycz wielką w naszem lecznictwie i dlatego stosuję ją bezwzględnie w przypadkach zapalenia miazgi w zębach wielokorzeniowych. Na ustępstwa, jakie niektórzy poczynili na korzyść m. extirpacyjnej żadną miarą zgodzić się nie mogę. A ustępstwa te zmierzają do tego, by w zębach wielokorzeniowych dla łatwo dostępnych korzeni wykonać m. extirpacyjną — dla trudno zaś dostępnych — amputacyjną. I w tem tkwi błąd wielki. Bo jeśli amputacya ma ujemne pociągać skutki, jak twierdzą jej przeciwnicy, to mojem zdaniem jest rzeczą zupełnie obojętną, czy źródło złego tkwi we wszystkich trzech korzeniach jednego i tego samego zęba, czy tylko w dwóch lub nawet w jednym. Stwarzanie zatem sztucznej przegrody w tym samym zębie, by po jednej stronie umieścić amputacyę, po drugiej extirpacyę, uważam za niewłaściwe. Zacieśnianie bowiem zakreślonych dla tej metody granic zwolenników jej nie przysporzy, a łatwo do jej zdyskredytowania przyczynić się może.

Co do techniki samego zabiegu, to trzymam się zasad podanych przez Boeneckena. Do amputacyi miazgi przystępuję w 24 godzin po jej kauteryzacyi zapomocą pasty arszenikowej. Główną zasadą jest całkowite usunięcie miazgi koronowej za pomocą ostrego świderka okrągłego i uzyskanie przejrzystego pola dla miazgi korzeniowej. Detritus spłukuje się ciepłą wodą Po osuszeniu komory wkładamy do niej na 5 minut wacik napojony 40% formaliną czyli urządzamy t. zw. kąpiel formalinową (Tabl. I). Następnie wypełniamy komorę dość wielką ilością pasty Boeneckena (Cocain. muriat, Thymoli aa 1,0 misce exactiss. terend. adde Formalini (40%) 1,0, Vaselin. alb. americ. 3,0, Zinci oxyd. puriss. 7,0 M. f. pasta.), którą uciskamy watą, by jednostajnie wypełniała całą komorę (Tabl. II. 1). Na pastę dajemy wyżarzoną płytkę asbestową (2), potem cement (3), a wreszcie właściwą plombę (4).

W ostatnich czasach usiłowano wprowadzić pewne modyfikacye, nie naruszające wcale techni i, ale zmierzające do zastąpienia formaliny

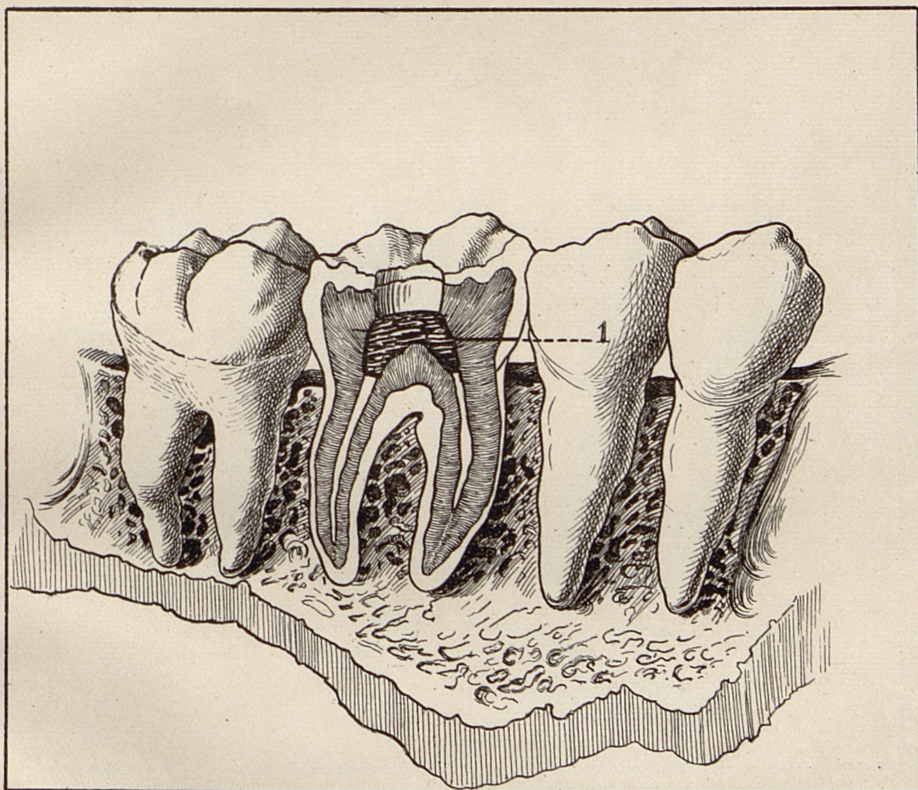
innym, mniej drażniącym środkiem. Osobiście, przez cały czas stosowania formaliny, nie obserwowałem żadnego z jej strony ujemnego działania. Z obawy jednak, by do tego nie przyszło, zacząłem używać formicyny poleconej przez Zilza. Doświadczenia z tym preparatem przezemnie poczynione, nie pozwalają mi na przyznanie mu wyższości nad formaliną, gdyż miałem liczne i dość silne podrażnienia poamputacyjne, trwające nawet, jak np. w jednym przypadku cały tydzień, a tych objawów przy formalinie nigdy nie zauważyłem. Przez jakiś czas stosowałem mieszaninę złożoną z Chlorphenol, Thymol aa 0,5, Alcoh. abs. 20,0 W ostatnich jednak czasach wróciłem napowrót do formaliny. Te słabe podrażnienia, jakie u mnie przynajmniej dość rzadko występowały po amputacyi, znikały bardzo szybko już po jednorazowem zapędzlowaniu jodyną.

Witzel, wprowadzając metodę amputacyjną, myślał rzeczywiście o leczeniu schorzałej miazgi, gdyż sądził, że po wycięciu miazgi koronowej uda mu się utrzymać przy życiu miazgę korzeniową, a to właśnie przez założenie opatrunku antyseptycznego. A utwierdzało go w tym przekonaniu zjawisko, które niejednokrotnie obserwował; sondując bowiem taką miazgę korzeniową w długi czas po amputacyi zauważył, że daje oznaki życia. Ja sam obserwowałem taki jeden wypadek w ośm miesięcy po amputacyi. Boenecken tłómaczy te objawy życiowe bardzo powoli przebiegającym procesem wstecznej przemiany tkanek, wskutek stosowania zbyt słabych środków.

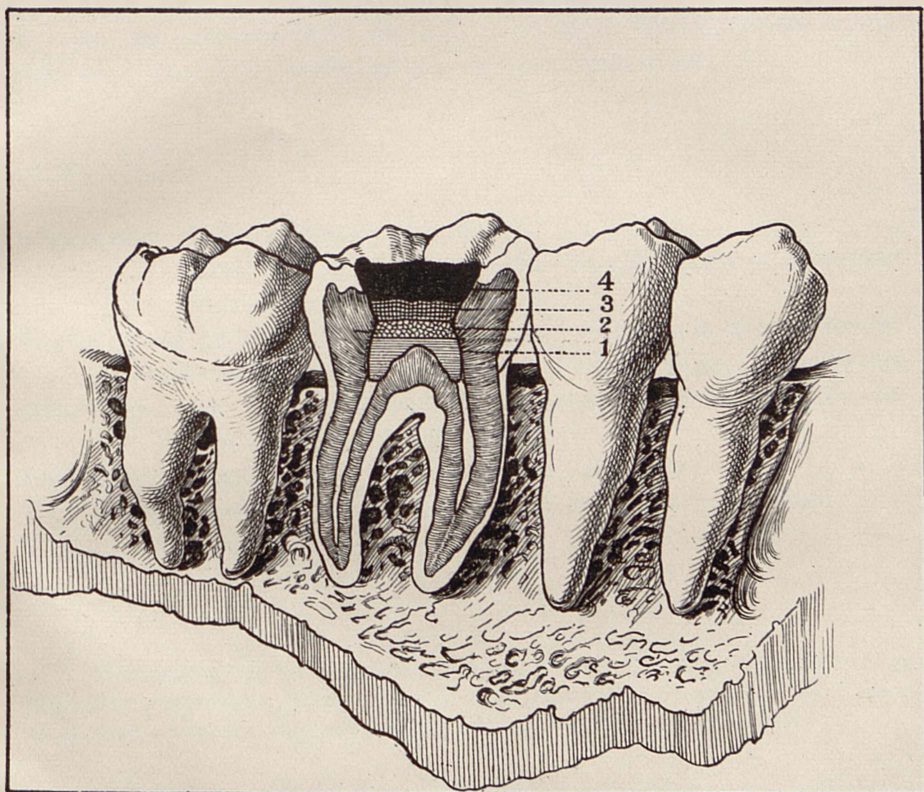
Amputacya nie ma na celu utrzymania przy życiu miazgi korzeniowej, jej zadaniem jest nie dopuścić do jej gnilnego rozkładu po kauteryzacyi, a czyni to właśnie opatrunek antyseptyczny, powodujący jej mumifikacyę.

Amputacya miazgi jest wskazaną w przypadkach zapalenia miazgi tak ostrego jak i chronicznego w zębach stałych i mlecznych, dalej nawet w zębach przednich u osób wybitnie nerwowych i u osób starych z powodu istniejącej w ich zębach wąskości kanałów korzeniowych. Przeciwwskazaną jest przy pulpitis purulenta i gangraenosa. I w tem przeciwwskazaniu stosowania jej w obu powyżej podanych rodzajach pulpitis tkwi mojem zdaniem przyczyna wrogiego stanowiska jednych a obojętności drugich wobec tej metody. Bo jeżeli jej w tych przypadkach stosować nie wolno i uciekać się musimy do przeprowadzenia ścisłej desinfekcyi kanałów, to tem samem przyznajemy, że to przecież możliwe, a w takim razie amputacya upada. Jest w tem rzeczywiście sprzeczność, ale tylko pozorna. W tych bowiem przypadkach już samo otwarcie komory sprawia ulgę pacyentowi, a dalsze czyszczenie kanałów, choćby niezupełnie idealne, jeszcze bardziej stan ten poprawia.

TABLICA I.



TABLICA II..



Mam na myśli naturalnie tylko zęby wielokorzeniowe. Ale zawsze pozostaje nierozstrzygniętą kwestya, czy z kanałów wydostaliśmy wszystko i czy je należycie wypełniliśmy. Z doświadczenia codziennego wiemy, że bardzo często po zaplombowaniu przychodzi do nawrotu choroby, wtedy znów ten proceder powtarzamy tak długo, aż nas i pacyenta z tego kłopotu ostatecznie nie wybawią kleszcze.

Amputacya miazgi jest zabiegiem zasługującym pod każdym względem na to, by jak najczęściej znalazł zastosowanie, gdyż oznacza ulgę nietylko dla pacyenta, ale i dla nas, a uzyskane dotychczasowe wyniki pozwalają wróżyć tej metodzie jak najlepszą przyszłość.

LITERATURA.

Boennecken: Über Pulpaamputation.
" Über neuere Methoden in der Behandlung erkrankter Pulpen.
Fischer: Beiträge zur Behandlung erkrankter Zähne mit besonderer Berücksichtigung der Anatomie und Pathologie der Wurzelkanäle.
Deppendorf: Die Wurzelbehandlung bei erkrankter Pulpa und erkranktem periapikalen Gewebe.
Łepkowski: Zastosowanie Formaldehydu w dentystyce.
Zilz: Formicin und seine Anwendung bei der Pulpaamputation.

Uwaga! Klisze do rysunków, wykonanych przez Dra Zilza (Gyulafehérvár na Węgrzech), dostarczone zostały przez firmę C. Asha we Wiedniu. P. Drowi Zilzowi za życzliwe zezwolenie zużytkowania ich, składam serdeczne podziękowanie.



PLASTYCZNE ZŁOTO ALEXANDRA DLA INLAYÓW.

Wynalazca wprowadza złoto gąbczaste, wypełnione masą, czyniącą złoto tak podatne, że da się palcami ugniatać i formować.

Ta zaleta złota ułatwia i umożliwia nam branie odcisków złotem wprost z przygotowanej cavitas zęba.

Sposób użycia jest następujący:

Przygotowujemy sobie cavitas podobnie jak do plomb porcelanowych lub lanych inlayów. Jeżeli dla wzmocnienia tychże chcemy użyć ćwioczków, należy im nadać odpowiednie położenie przed skondenzowaniem plastycznego gąbczastego złota.

Następnie zwilżamy lub smarujemy wazeliną cavitas i modelujemy kontury, jakie chcemy nadać inlayowi, kondenzując złoto wprowadzone nawet palcami lub zapomocą instrumentów, używanych do plomb amalgamowych albo polirerów bacząc na to, by brzegi złota przylegały do zęba.

Następnie polecamy pacyentowi zamknąć usta celem stwierdzenia zgryzu i otrzymania normalnej okluzyi, poczem wyjmujemy zapomocą sondy odcisk, który obecnie nie zmienia już formy i możemy dla kontroli powtórnie go przymierzyć.

Stwierdziwszy dokładną adaptacyę i przyleganie brzegów, podobnie jak masę woskową, używaną do inlayów, wkładamy do masy rozrobionej wodą (Einbettungsmasse), z których najlepszą jest masa fabrykacyi S. S. Whita, albowiem najbardziej odporną jest na temperaturę i najmniej się kurczy.

Masy tej używamy bardzo mało, tylko tyle, by inlay wygodnie pomieścić; inlay wkładamy powierzchnią ku cavitas zwróconą i co najważniejsze, dokładnie pokrywamy brzegi złota. Zanim jeszcze masa stwardnieje, otaczamy ją zwykłym pierścieniem z miękkiego drutu celem łatwiejszego uchwytu całej dotychczasowej pracy. Następnie odważamy o ile możności 22 karat lot o podwójnej wadze użytego złota gąbczastego (odcisku), krajemy lot na drobne czworokątne kawałki i posmarowawszy je boraksem, kładziemy na powierzchnię złotego odcisku.

Zagipsowany odcisk kładziemy na podstawkę, otaczamy pierścieniem, stawiamy nad płomieniem bunzenowskim i ogrzewamy najpierw wolno, aby masę osuszyć, a zarazem masę zawartą w gąbczastem złocie wyparować.

Uzyskawszy inlay jak gąbka lub sito, zwiększamy płomień i topimy lot fletscherem, który wnika we wszystkie otworki. Po spłynięciu lotu ostudzamy wolno na powietrzu zagipsowany inlay, wyjmujemy z masy i postępujemy jak zwykle, t. j. ewentualny nadmiar złota odpiłowujemy, wygładzamy, czyścimy i polerujemy.

Gdyby tak otrzymany inlay okazał się niedokładny, można ten sam użyć i poprawić przez dodanie złota gąbczastego w cavitas, którą znowu wypełnia się lotem.

Sposób ten jest o wiele łatwiejszy, a odciski uzyskane tą metodą o wiele dokładniejsze, zastósowanie natomiast obszerniejsze.

Złoto gąbczaste użyć możemy do robienia koron, zwłaszcza powierzchni zgryzu, do wszelkich mostków lanych.

Bardzo praktyczne są tą metodą zrobione płytki ochronne (Schutzplaten), zęby ćwioczkowe i korony Logana.

Metodę tą zademonstruje podpisany na najbliższem posiedzeniu Tow. Stomat. polskich, Rynek 22, c. k. Amb. dent.

Dr. Gustaw Praetzel.

SPRAWOZDANIE PIĘCIOLETNIE TOWARZYSTWA STOMATOLOGÓW POLSKICH.

Rozwój i postęp w dentystyce, objawiający się pracami w tym kierunku, był tym koniecznym czynnikiem, który wywołał zawiązanie się Towarzystwa Stomatologów Polskich. 23 lipca 1906 c. k. Namiestnictwo we Lwowie zatwierdziło statut. Ponieważ obecnie minęło lat 5 od chwili ukonstytuowania się Towarzystwa, po krótce podajemy sprawozdanie z działalności do obecnej doby.

Po zatwierdzeniu statutu przez c. k. Namiestnictwo wybrano wydział, który w niezmienionym prawie składzie urzęduje do dnia dzisiejszego. Prezesem wybrano na pierwszem posiedzeniu Prof. Dra W. Łepkowskiego, skarbnikiem Dra H. Uromskiego, sekretarzem Dra Kozaczkę i Łukaszewicza. Członków liczyło początkowo Towarzystwo 10-ciu; kiedy jednak rosło zainteresowanie w dziedzinie nauki stomatologii, rosła tem samem i liczba członków tak, że dzisiaj po pięcioletniej egzystencyi Towarzystwo liczy 40 członków.

Celem Towarzystwa jest nauka o pielęgnowaniu jamy ustnej i o technice dentystycznej. Wierne więc swemu celowi Towarzystwo starało się pracować w tym kierunku, a że praca postępowała powoli ale nieustannie, świadczą poniżej wymienione referaty, które były wygłaszane na posiedzeniach Towarzystwa przez jego członków:

Prof. Dr. W. Łepkowski. 1) sposoby robienia złotych koron i zatykadła. 2) Implantacya zębów; 3) sprawozdanie ze zjazdu stomatologów w Paryżu; 4) o zmianach w jamie ustnej, tyczących się uzębienia, które są oznaką wysokiego stopnia degeneracyi; 5) krótki rys o zaopatrywaniu korzeni radiciną; 6) sprawozdanie ze zjazdu lekarzy w Wiedniu; 7) sprawozdanie ze zjazdu Stomatologów w Gracu (8, 9, 10 grudnia 1910); 8) nowy sposób zatykadła do leczenia Antr. High.

Dr. Kozaczka. O zaopatrywaniu korzeni.

Dr. Steinberg. 1) wyjmowanie ułamanych korzeni; 2) o zapaleniu okostnej; 3) o wkładkach złotych; 4) injekcya, technika, wskazania i przeciwskazania; 5) o mechanicznem formowaniu się uzębienia; 6) utrzymywanie chwiejących się zębów modo Witkowski.

Dr. Matzke. Znaczenie i zastosowanie gutaperchy w zachowawczej dentystyce.

Dr. Praetzel. 1) praktyczne wskazówki w dentystyce; 2) noxolit.

Dr. Syrop. O cementach, o badaniu prądem elektrycznym, o regulacyi zębów i leczeniu pyorrhea alveoaris. Część praktyczna ortodoncyi.

Dr. Mirtenbaum. 1) o zaopatrywaniu korzeni i zapaleniu okostnej; 2) o plombach Asher'a.

Jachimowicz. Demonstracya prasy.

Dr. Podłęski. O radicinie.

Towarzystwo chcąc nadal wydatniej i intenzywniej pracować, z powodu braku swego własnego czasopisma postanowiło na przyszłość ogłaszać swe posiedzenia, temat obrad i artykuły referatów w Przeglądzie lekarskim. Nadto powstała w łonie członków Towarzystwa myśl wydawania broszur i ogłaszania drukiem referatów treści ogólnej, mających na celu pouczenie laików o doniosłości pielęgnowania zębów i zwrócenia uwagi, że wobec wydoskonalenia sposobów zachowawczych, wyrywanie zębów ogranicza się do minimum.

W roku 1911 wyszła z druku praca Dra A. Cieszyńskiego z Monachium p. t. »Ueber extraorale Kieferaufnahmen mittels Roentgenstrahlen«.

W r. 1911 wyszła staraniem i nakładem Towarzystwa Stomatologów Polskich, broszurka pod tytułem: »Ważność hygieny i pielęgnowania jamy ustnej i zębów«. Broszurki nabywać można po cenie 10 hal. za sztukę w administracyi Kwartalnika Stomatologicznego, Kraków — Rynek gł. 22, II p. Dla P. T. kupujących w większej ilości opust 10%.



CZŁONKOWIE TOWARZ. STOMATOLOGÓW POLSKICH.

1) Dr. Bieńkowski Bogumil.
2) Doc. Dr. Bohosiewicz Teodor.
3) Dr. Brenneisen Leopold.
4) Dr. Cieszyński Antoni.
5) Prof. Dr. Cybulski Napoleon.
6) Dr. Dattner Hugo.
7) Dr. Dundaczek Franciszek.
8) Dr. Gelbard Henryk.
9) Dr. Gruszczyński Aleksander.
10) Dr. Haber Maurycy.
11) Dr. Idziński Wiktor.
12) Jaworowicz Feliks
13) Dr. Kasprzycki Adam.
14) Dr. Kołakowski Feliks.
15) Dr. Kołakowski Konstanty.
16) Dr. Kostyala Emeryk.
17) Dr. Leszczyński Adam.
18) Dr. Lewandowski Kazimierz.
19) Dr. Lippel Gustaw.
20) Prof. Dr. Łepkowski Wincenty, przewodniczący.
21) Dr. Matzke Henryk.
22) Dr. Meliński.
23) Dr. Merunowicz Tadeusz.
24) Dr. Meschel Józef.
25) Dr. Mayer Henryk.
26) Dr. Mirtenbaum Leon.
27) Dr. Mischke Tadeusz.
28) Perliński Antoni.
29) Dr. Piątkowski Juliusz.
30) Dr. Piepes Wilhelm.
31) Dr. Podłęski Walenty.
32) Dr. Praetzel Gustaw.
33) Dr. Schalit Edward.
34) Dr. Sędzielowski Józef.
35) Dr. Sokołowski Tadeusz.
30) Dr. Steinberg Bernard.
37) Dr. Syrop Jakób.
38) Dr. Szadkowski.
39) Dr. Wodniecki Józef.
40) Dr. Wisłocki Janusz.
41) Dr. Zalewski Franciszek.

Członkowie honorowi:

Prof. Arkövy, Budapeszt.

Prof. Scheff, Wiedeń.

SPRAWOZDANIE SEKCYI STOMATOLOGICZNEJ XI ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

Sekcya Stomatologów polskich na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników, odbytym w Krakowie w lipcu b. r. poszczycić się może znaczną ilością uczestników, jakoteż i wielką ilością wygłoszonych odczytów i prac oryginalnych.

Komitet urządzający Sekcye, wyszły ze Stow. Stomatologów polskich w Krakowie, dziękuje serdecznie zwłaszcza tym kolegom, którzy nie szczę-

dząc kosztów i trudów, do nas z daleka przybyli, równocześnie prosi o pobłażliwość, jeżeli nie wszystko po myśli komitetu wypadło.

Dla przyszłych kongresów naszych wystarać się winniśmy o stenografów, by sprawozdanie było dokładne, dyskusye wyczerpująco opisane, gdyż tylko w ten sposób opis przebiegu obrad może być szczegółowy, a tem samem prawdziwem i wiernem odbiciem prac sekcyi.

Drugą wskazówką dla sekcyi stomatologicznej jest konieczność podzielenia pracy na poszczególne sekcye, a więc na sekcyę konserwatywno-operacyjną, sekcyę techniczną i na sekcyę ortodontyczną.

Wobec niebywałych wprost postępów w naszej nauce o wyczerpaniu tylu nowych zagadnień w krótkim stosunkowo czasie mowy być nie może. To też i u nas zgromadzenie wszystkich w jednej sekcyi miało wprawdzie tą zaletę, że wszyscy jednakowo korzystać mogli, prelegenci jednak musieli się w swoich wywodach bardzo ograniczać, dyskusye nieraz wprost dla braku czasu musiało się ucinać. Gdy wreszcie i to okazało się niedostatecznem, gospodarz sekcyi zniewolony był podzielić obrady w ostatnim dniu na dwie sale, mimo to niektórzy referenci ze swoimi pracami odpadli, a prace przesłane przez kolegów nieobecnych do odczytania, całkiem padły.

Ponieważ spodziewać się należy, że mimo, iż nasza sekcya jest może jedną z najmłodszych z gałęzi medycyny, że koledzy dbający o rozwój polskiej stomatologii w przyszłym zjeździe jeszcze liczniej się zjawią, że prace zgłoszone i wypowiedziane będą liczbowo większe, sądzę, że te uwagi za świeżej pamięci są wskazane.

Że praca nasza nie poszła na marne, dowodem zapał, z jakim w sekcyi pracowano, jakoteż uchwała zgromadzonych, by niezależnie od ogólnych zjazdów przyrodników i lekarzy polskich sekcya stomatologiczna odbywała zjazdy swoje co dwa lata, a jako miejsce przyszłego zjazdu stomatologów polskich obrano Warszawę, gdzie niechajby prace nasze wyszły jeszcze z większym pożytkiem na korzyść cierpiącej ludzkości i polskiej stomatologii.

Prócz całego szeregu doniosłych uchwał, jak n. p. w zakresie szkolnictwa uchwała o ustanowienie szkolnych dentystów, powzięła sekcya myśl wydawnictwa polskiego kwartalnika dentystycznego, którego pierwszy numer znajduje się w rękach Szanownych Kolegów.

Dr. Praetzel.



REFERATY.

Dr. Edgar Neumann. (Vierteljahrs-Fachblatt. Listopad 1911). Do zabicia miazgi zębowej poleca Dr. Neumann następujące ciasto:

Cobalt. miner. crud.
Cocaini muriat. aa
Guajacol et
Zinc. oxyd. q. s. f. pasta mollis.

Stefański.

[Mechanische und dynamische Prinzipien bei Herstellung von Stiftzähnen von Prof. Dr. Ovize (Paris), tłomaczył Dr. E. Neumann. — Vierteljahrs-Fachblatt. Listopad 1911].

Autor utrzymuje, że ząb ćwioczkowy odpowiada swemu celowi tylko wtedy, gdy jest cylindryczny, możliwie długi i gruby. Sztyft w przygotowanym do tego celu korzeniu powinien siedzieć silnie przed osadzeniem go na cemencie lub gutaperce. Do rozszerzenia kanału korzeniowego używa frezów oznaczonego kalibru a do ćwioków drutu metalowego jednostajnego. Ćwiok robi możliwie długi, bo im jest dłuższy, tem opór jest mniejszy, a im opór mniejszy, tem mniej obawy o pęknięcie korzenia. To samo odnosi się do grubości ćwioka. *Stefański.*

Jothion in der Zahnheilkunde von Dr. Gerö Rudas, Privatdozent in Kolozsvär. — Vierteljahrs-Fachblatt 1911.

Autor używa często jothionu w formie pasty do zaopatrywania korzeni. Zaleca do tego celu preparat nierozcieńczony 80% jodu. Sądzi, że w ten sposób zaopatrując korzenie zębów, unika się ewentualnego tworzenia się zapalenia ozębnej. *Stefański.*

(Alypin in der Zahnheilkunde von Dr. Rudolf Machek, Zahnarzt in Wien. — Vierteljahrs-Fachblatt 1911).

Autor poleca gorąco używanie alypiny do znieczuleń miejscowych, a to ze względu na jej własności, o wiele przewyższające praktyczne strony kokainy. Rozczyn wodny alypiny jest neutralny i da się sterylizować, nie ulegając rozkładowi. Od kokainy jest mniej trująca, znieczulająco działa silniej, nie wywołuje mydriasis, nie zwęża naczyń, przeciwnie rozszerza. Gdzie zależy na działaniu zwężającem, można dodać suprareniny, przez co siła znieczulająca się wzmaga. Nie wywołuje krwawień i bólów następowych.

Stefański.

Dr. J. Lartschneider. »Beiträge zur Pathologie und Therapie der von den oberen seitlichen Schneidezähnen ausgehenden Kiefererkrankungen«. Ö-U. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde Nr. III, 1911.

Autor bierze pod uwagę ropnie podniebienia, które mogą wychodzić ze wszystkich zębów szczęki górnej, najczęściej jednakże wychodzą od bocznych siekaczy, co jest umotywowane stosunkiem anatomicznym Proces ropny obejmuje zrazu część gąbczastą szczęki, przyczem część korowa kości jako odporniejsza dopiero później ulega schorzeniu; ropień przebija wkońcu i to najczęściej do przedsionka; przebicie może jednak nastąpić, aczkolwiek rzadziej, do jamy nosowej lub podniebienia Widzimy wtedy ponad siekaczem martwym obrzęk, wyczuwamy chełbotanie; lub też o ile sprawa trwa dłużej, widzimy przetokę dziąsłową; w tych miejscach spotykamy guzek charakterystyczny na dziąśle, zwykle nie tuż nad siekaczem, lecz między nim a kłem. Te właśnie guzki są objawem poważniejszego schorzenia umiejscowionego u szczytu korzenia i wymagają szczególniejszej uwagi. Zaopatrywanie takiego korzenia i plombowanie jest niebezpieczne, zwłaszcza, gdy anamneza wykazuje kilkakrotne nawroty zapalne. W takich warunkach zaplombowany ząb może już po kilku godzinach wywołać silną bolesność i podwyższenie się temperatury organizmu, co daje już absolutnie wskazanie do zabiegu chirurgicznego. Częstokroć w takich wypadkach przez lekarzy polecane pędzlowanie jodyną i t. p. nie prowadzi do celu. Jedynem jest wtedy przecięcie obrzękłego dziąsła aż do kości; dłutem rozsuwamy okostną, a następnie świderkiem grubym (borerem) przebijamy do ropnia; widzimy wtedy rytmicznie wydobywającą się z otworka ropę. Po wypuszczeniu ropy wprowadza się do jamy nieco gazy jodoformowej. Po 2 tygodniach jama goi się zupełnie i wtedy możemy ząb zaplombować. Ten zabieg nadaje się zwłaszcza w wypadkach ostrych, gdzie resekcyi szczytu korzenia zrobić nie możemy z powodu bolesności wielkiej i niemożności dobrego znieczulenia.

Ropnie kości podniebiennej mogą latami czynić spustoszenia wśród kości, przebijając dopiero później do przedsionka ust lub nosa. Niekiedy zdarza się, iż ropa przechodzi pod okostną, tworząc sobie drogę ku podniebieniu i wtedy wyczuć możemy na podniebieniu półkolisty, elastyczny guz, który zwykle określamy mianem ropnia podniebiennego. Zrozumiałą jest tedy rzeczą, iż przy leczeniu tegoż nie wystarczy zwyczajne nacięcie ropnia, lecz koniecznem jest usunięcie samej przyczyny, która leży w schorzeniu szczęki.

Operowanie ropni podniebiennych od jamy ustnej bardzo jest niewygodne, dlatego też autor radzi użyć sposobu innego. A mianowicie od strony przedsionka przecinamy dziąsło aż do kości; okostną odsuwamy

i grubym świderkiem przebijamy kość; jamę ropnia oczyszczamy, resekujemy szczyt korzenia, usuwamy szczątki kości, a następnie tamponujemy jamę gazą antyseptycznie działającą. Ropnia na podniebieniu nie przecinamy, lecz, o ile już poprzednio sam się nie cofnął do utworzonego otworu od strony przedsionka, nakłuwamy i zawartość aspirujemy zapomocą strzykawki.

Martwe siekacze boczne mogą powodować też powstawanie torbiela szczękowego; zwłaszcza spotykamy to schorzenie obok źle zaopatrzonych korzeni, na których są umieszczone zęby ćwioczkowe. Rozróżnienie torbiela od ropnia podniebiennego jest dość łatwe; charakteryzuje się tem, iż niema tu bolesności i objawów zapalnych, przy uciskaniu zaś wyczuwa się pergaminowate trzeszczenie. Ponadto ropnie zwykle przechodzą linię środkową podniebienia, podczas gdy torbiele tego nie czynią. Również zawartość torbiela, która ma zwykle charakter surowiczy, pozwala nam go odróżnić od ropnej treści ropnia. *Dr. J. Piątkowski.*

Dr. Hamburger. »Beiträge zur Casuistik der Wurzelspitzen-Resektion«.

Oddawna próbowano leczyć zapalenie ozębnej zapomocą środków aptecznych; częstokroć jednakże okazuje się, iż takie leczenie nie prowadzi do skutku, zniewalając nas temsamem do szukania nowych środków. Autor ma tu na myśli resekcyę szczytu.

Autor omija opis samego zabiegu. który znaleźć można w podręcznikach; ma tylko zamiar opisać losy zębów, u których dokonano resekcyi szczytu i zachęcić do przeprowadzenia tego zabiegu, który częstokroć budzi nieuzasadnioną obawę tak u pacyenta, jak i u lekarza.

Autor przedstawia opis kilku wypadków, w których robił resekcyę szczytu korzenia, a które skończyły się wyjęciem dawnego zęba po dłuższym lub krótszym czasie. Przyczyna złego efektu leży w tem, iż ściany zębodołu po stronie wargowej było już zupełnie brak; ponadto przyczyną było niezupełne wyskrobanie mas granulacyjnych, które dały powód do nowego rozognienia się sprawy zapalnej.

Ponadto podaje autor opis kilku wypadków z przebiegiem lepszym, gdzie zęby z przetoką kilkuletnią po ucięciu szczytu korzenia odzyskały swą siłę i służą bądźto jako punkty zaczepienia dla mostków, bądź też spełniają samodzielnie funkcyę po założeniu korony, bądź zęba ćwiocz-kowego.

Przez resekcyę szczytu korzenia możemy, powiada autor, uratować zęby, które były już skazane na zagładę. Sam zabieg dość drobny; można przy lokalnej anestezyi prawie bezboleśnie wykonać, a i bóle po operacyi są nie wielkie. Niekiedy przychodzić może wprawdzie do rozlanego obrzęku

w okolicy, jednakże i to po dwóch dniach ustępuje zupełnie. Również rana, zwłaszcza jeśli założymy szew, goi się po 3—4 dniach, a pacyent może bez przerwy wykonywać swoje obowiązki.

10 grudnia 1911. *Dr. J. Piątkowski.*

Prof. Dr. Williger. Chirurgia dentystyczna. II. wydanie. Księgarnia H. Meusser, Berlin W. 35. Cena 5 Mrk. 25 fen.

Podręcznik Willigera w krótkim stosunkowo czasie doczekał się drugiego wydania — najlepszy w tem dowód, że w literaturze dawał się dotkliwie odczuwać brak podobnego przewodnika. Wszelkie zabiegi, dokonywane w klinice berlińskiej przez W. i jego uczniów, zostały w książce ujęte w jedną całość i objaśnione odpowiedniemi rycinami. Po wstępie, który poświęca metodom badania jamy ustnej i otoczenia, przystępuje do opisania czynności przygotowawczych do zabiegów oraz instrumentów, z których wiele jest pomysłu autora. Część trzecia zajmuje się patologią jamy ustnej i zębów oraz dyagnostyką i przy czytaniu tych ustępów przekonywujemy się dopiero, jak wielkie usługi oddawać nam może w dentystyce przyrząd Roentgena. W części IV. zapoznajemy się z właściwą terapią. Poprzedza ją ustęp, poświęcony sprawie znieczulania, przyczem po raz pierwszy znajdujemy w tego rodzaju podręczniku opisany sposób znieczulania przewodzącego (Leitungsanaesthesie), o którym niestety nawet w najnowszem wydaniu zbiorowego dzieła Scheffa wzmianki nie znajdujemy. Oryginalną jest też metoda wyjmowania zębów szkoły Partscha-Willigera, którą bezwarunkowo należy poznać. Całość sprawia sympatyczne wrażenie. Język i styl łatwy i przystępny. Opisane zabiegi, jak referent naocznie się przekonał, łatwe bardzo do wykonania w godzinie ordynacyjnej bez tego wielkiego aparatu, jakim rozporządzają kliniki lub szpitale.

Dr. Edward Schalit.

Prof. Partsch. Neuralgiczne bóle twarzowe, ich przyczyny i leczenie. (Correspondenzblatt für Zahnärzte Nr. 4) 1911.

W powyższej pracy zajmuje się autor wyłącznie temi zmianami chorobowemi, które pod postacią bólu zębów powodują znaczne dolegliwości, pomimo, że zmian w zębach nie spostrzegamy. Zazwyczaj uważa się te bóle za neuralgiczne; nie należy ich jednak mieszać z właściwą neuralgią nerwu trójdzielnego, która jako prawdziwa nerwica prowadzi do znanych bólów napadowych — cierpienia strasznego, popychającego niekiedy takich chorych nawet do samobójstwa. Praca ta jest bardzo pouczająca i uzupełniona wyczerpującem przedstawieniem odnośnych przypadków z własnej praktyki. W przypadkach podobnych, zdarzających się zresztą wcale często, należy zdaniem autora przeprowadzić bardzo gruntowne badanie

chorego. Pobieżny rzut oka na jamę ustną i skonstatowanie całych zębów nie wystarcza jeszcze do zaprzeczenia związku między neuralgią a uzębieniem. Bardzo ważnem jest dokładne obmacanie powierzchni kości; każde większe wzniesienie lub wrażliwość na ucisk należy uważać za moment podejrzany dla spraw toczących się na kości i w kości, a prócz tego należy wnętrze kości bezwarunkowo poddać prześwietleniu.

Dr. Edward Schalit.

Prof. Dr. Koerner. Cykloform w dentystyce. (Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. — Listopad 1911).

Zdaniem autora powinien powyższy środek w wielu wypadkach zastąpić jodoform. Jest to isobutylowy ester kw. amidobędźwinowego, we wodzie trudno rozpuszczalny. Ma być bardzo skuteczny przeciw bólom po ekstrakcyi. Można go stosować w dwojaki sposób: albo wprost się wypełnia zębodół (po oczyszczeniu z krwi) tym proszkiem lub kawał sterylizowanej gazy wypełnia się proszkiem i taki woreczek wkłada się do zębodołu, co ma być lepiej, gdyż w tym wypadku środek ten nie zostaje wypłukany przez ślinę lub napoje. Preparat ten ma mieć wybitne własności znieczulające i desynfekcyjne, wskutek czego nigdy nie przychodzi do zapalenia i obrzęków w okolicy rany. *Dr. Edward Schalit.*

Kuhn. Kwestya wyjmowania pierwszego zęba trzonowego. (Schweizerische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde Nr. III. 1911).

Autor sprzeciwia się systematycznemu wyjmowaniu pierwszych zębów trzonowych z następujących powodów: 1) ząb trzonowy pierwszy stanowi punkt oparcia dla normalnej artykulacyi i dla całego aktu żucia. Drugi powód tyczy się t. zw. samoregulacyi zębów po wyjęciu I. trzonowego. Na poparcie pierwszego powodu przedstawia doświadczenia na sobie czynione, gdyż w 13 i 14 roku życia wyjęto mu po prawej stronie górne i dolne pierwsze zęby trzonowe. Pomimo, że się powstałe luki z biegiem czasu zamknęły, wykłuł się ząb mądrości na górze tylko niedostatecznie, na dole zaś wcale nie. Artykulacya jest wprawdzie dobra, a jednak do żucia nie używa strony prawej, gdyż odczuwa brak I. trzonowego (?). Co do drugiego powodu przyznaje autor, że extrakcya w wielu przypadkach przyczyniła się do samoregulacyi, w innych zaś była niedostateczna, a w końcu opisuje nawet przypadek, gdzie wyjęcie wszystkich 1-ych trzonowych w celu uzyskania przestrzeni wywołało w następstwie zgryz otwarty. Autor jest zdania, że w celach regulacyi należy tylko wtedy usuwać te zęby, jeżeli są tak zniszczone, że utrzymać się nie dadzą. We wszystkich innych przypadkach jest raczej za usunięciem pierwszego dwuguzikowca.

Dr. Edward Schalit.

Zilz. Zęby karyetyczne jako wrota zakażenia dla zarazków promienicy. (Actinomycosis für Zahnheilkunde — Österr.-Ung. Vierteljahrschrift — Odontologische Nachrichten 1911).

Spostrzeżenia co do pochodzenia promienicy każą przypuszczać, że promieniowiec rośnie na rozmaitych pokarmach roślinnych, z któremi dostaje się do ustroju zwierzęcego. Na człowieka przechodzi promieniowiec także z chorych zwierząt przy obrażeniu błony śluzowej, wyścielającej mianowicie jamę ustną lub przy spróchniałych zębach. Już Partsch zwrócił uwagę na okoliczność, że spróchniałe zęby stanowić mogą wrota zakażenia dla zarazków promienicy, obecnie autor przedstawia trzy wypadki, stwierdzające prawdziwość tego przypuszczenia. Najciekawszy przypadek dotyczy 15-letniego chłopca, który nabawił się promienicy wskutek żucia ziaren słonecznika. *Dr. Edward Schalit.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Dnia 17. listopada z. r. nadesłała Izba handlowa i przemysłowa do Towarzystwa Stomatologów polskich w Krakowie pismo z żądaniem wydania opinii co do projektu Ministerstwa handlu w sprawie zakresu działalności techników dentystycznych.

Projekt Ministerstwa handlu opiewa następująco:

§ 1. Wykonywanie techniki dentystycznej jako rzemiosła jest niedozwolone za wyjątkiem wypadków w § 2. wyliczonych.

Technika dentystyczna obejmuje czynności techniczno-mechaniczne, które są potrzebne do sporządzania dostawek z zębami sztucznymi w ustach ludzkich i do naprawy tychże.

§ 2. Wykonywanie zawodu techniczno-dentystycznego jest dozwolone:

1) osobom, które na mocy prawa otrzymały pozwolenie na wykonywanie techniki dentystycznej już przed wejściem w prawomocność niniejszego rozporządzenia.

2) osobom w technice dentystycznej praktycznie czynnym, które w chwili prawomocności tego rozporządzenia posiadają zupełny dowód uzdolnienia po myśli § 4, 5 i 6 rozporządzenia Ministeryalnego z dnia 20. marca 1892.

§ 3. Przemysłowcom po myśli § 2. punkt 1. wolno też wykonywać następujące czynności, a mianowicie:

1) czyszczenie i gładzenie zębów,
2) branie odcisków,
3) dostosowywanie dostawek z zębami sztucznymi,
4) wstawianie zębów sztucznych,
5) plombowanie zębów.

Rozszerzanie tego prawa na czynności inne w zakres zębolecznictwa wchodzące, jakoto na przedsiębranie zabiegów operacyjnych krwawych, usuwanie zębów, ich resztek i korzeni, przedsiębranie ogólnej narkozy lub miejscowego znieczulania — jest niedopuszczalne.

Stosowanie gwałtownie działających środków, które na receptę lekarza mogą być wydane, jest dozwolone tylko według przepisu lekarza.

§ 4. Osobom w § 2. punkt 2. wyliczonym, gdy ubiegają się o koncesyę na wykonywanie zawodu techniczno-dentystycznego, może być nadaną przez władzę polityczną łącznie z prawami przytoczonemi w § 3.

Do otrzymania koncesyi wymaga się obok przepisanych we wszystkich zawodach warunków do samodzielnego wykonywania rzemiosła pewności, iż uczynią zadość wymaganiom swego zawodu.

Koncesyi udzielić można tylko wtedy, gdy w miejscu obranem przez ubiegającego się istnieje potrzeba osiedlenia się technika dentystycznego.

§ 5. Zawodowym technikom dentystycznym nie wolno przy wykonywaniu swego zawodu posługiwać się mianem, któreby mogło wprowadzić w błąd co do istoty i zakresu ich zawodowego uprawnienia.

Zawodowe sporządzanie sztucznych zębów i innych składowych części dostawek pozostaje nadal wolnem rzemiosłem.

Tym przemysłowcom w wykonywaniu swego zawodu nie wolno używać miana: technik dentystyczny

Przemysłowcy, którzy posiadają uprawnienie do wykonywania techniki dentystycznej (technicy dentystyczni) są też w prawie sporządzania sztucznych zębów i części składowych dostawek.

§ 7. Dla przemysłu techniki dentystycznej (§ 3 i 4) mają zastosowanie przepisy ustawy przemysłowej; ponadto podlega ten przemysł przepisom przemysłowo-policyjnym.

§ 8. Wykonywanie techniki dentystycznej przez lekarzy nie podlega przepisom ustawy przemysłowej ani też niniejszemu rozporządzeniu,

§ 9 Rozporządzenie staje się prawomocnem z dniem jego ogłoszenia.

W tym dniu tracą swą prawomocność wszystkie przepisy odnoszące się do powyższego przedmiotu, które w niniejszem prawie zostały unormowane i które z niniejszem prawem nie stoją w zgodzie. Zwłaszcza

traci swą prawomocność rozporządzenie Ministeryalne z dnia 20 marca 1892 R. G. Bl. Nr. 55

W odpowiedzi na powyższy projekt wystosowało Towarzystwo Stomatologów polskich w Krakowie następujące pismo:

W odpowiedzi na pismo Izby handlowej i przemysłowej pod L. 8588/I. r. d. 7 listopada r. 1911. Towarzystwo Stomatologów polskich w Krakowie powzięło następującą uchwałę, którą niniejszem jako opinię naszą w powyższej sprawie komunikujemy.

§ 1. i 2. proponowanego rozporządzenia c. k. Ministerstwa handlu, zawierający ogólne przepisy nie wchodzące z naszego lekarsko-dentystycznego stanowiska w atrybucye lekarza pomijamy.

Natomiast w § 3. znachodzimy cały szereg sprzeczności, których milczeniem pominąć nie podobna. — Oto punkt 5 powyższego § uprawniający technika dentystycznego do plombowania nie stoi w zgodzie z treścią tegoż samego §, który w swej końcowej osnowie zabrania wykonywania jakichkolwiek krwawych zabiegów.

Natomiast już w 1 § zaznaczono, iż technika dentystyczna jest »rzemiosłem« (das Gewerbe), zaś plombowania zębów, które jest zabiegiem wyłącznie lekarskim, nie można nazwać rzemiosłem i powierzać jego wykonywania rzemieślnikom. — Plombowania zębów, dotkniętych próchnicą lub jakiemkolwiek innem schorzeniem, nie podobna sobie przedstawić jako operacyi bezkrwawej, ząb bowiem, którego całość jest nadwerężoną, przedstawia ranę w miąższu zębowym, który stanowi tkankę organizmu obfitą w naczynia krwionośne i limfatyczne, któremi najniebezpieczniejsze lokalne, a następnie ogólne zakażenia do ustroju przedostawać się mogą To też nieaseptyczne, nie według zasad nauki lekarskiej przeprowadzone plombowanie, sprowadzić może bardzo ciężkie stany chorobowe, których przyczyna leżeć będzie li tylko w nieumiejętności, w braku wykształcenia ogólno-lekarskiego.

Z pośród wielu błędów z powodu braku wiadomości anatomicznych popełnianych rozważmy chociażby robienie fałszywych dróg w korzeniach zębowych mogących prowadzić do schorzeń bardzo ciężkich, zagrażających wprost życiu ludzkiemu bądźto z powodu powstałego tą drogą zakażenia, bądź też ciężkiego w skutkach uszkodzenia części otaczających (jak np. antrum Highmori, grubsze naczynia i t. p.). Jeśli w dalszym ciągu weźmiemy pod uwagę, iż przy plombowaniu zębów posługiwać się musimy środkami silnie żrącymi i trującymi, których dawkowanie i umiejętne stosowanie wymaga gruntownej znajomości chemii, fizyologii i farmakologii — snadnie przyjdziemy do przekonania, iż sztuka plombowania zębów stanowi dział nauk ściśle lekarskich, których bynajmniej oddzielić od tychże nie podobna.

Nie można również tej gałęzi wiedzy wyuczyć się w oderwaniu od całokształtu nauk lekarskich, nie podobna n. p. wyuczyć się tylko działu zakażeń z zęba wychodzących i w ten sposób zadość czynić zadaniu; zakażenie bowiem każde, czy to z zęba, z oka, ucha lub jakiegokolwiek innego narządu wychodzące może być równie groźnem i równej też wiedzy i to lekarskiej wymaga. Już tedy ze stanowiska ogólno-ludzkiego nie powinny samodzielnie ręce rękodzielnika dotykać ran, któremi są bezprzecznie zęby w swej ciągłości naruszone.

Tak tedy ów piąty punkt 3. § nie może żadną miarą znaleźć się wśród ustawą dozwolonych zabiegów techniczno-dentystycznych, a przygotowanie jamy ustnej, czy to do ustawienia zębów ćwioczkowych, czy też do zakładania mostków i t. p. powinno być zakresem działalności wyłącznie lekarskiej, czyli, że dopiero wygojone rany i należycie zaopatrzone mogą wejść do pracowni techniczno-dentystycznej, gdzie brak wiadomości lekarskich żadnej szkody pacyentowi przynieść nie może.

Takie jest stanowisko lekarzy przy obecnym stanie wiedzy. Zadną więc miarą nie możemy się zgodzić na wyodrębnienie tej specyalności z pośród innych nauk lekarskich, na powierzanie samodzielnego wykonywania jej rękom niepowołanym.

(Tu oznaczyć należy, iż sprawa wyodrębnienia dentystyki stoi w związku ze sprawą innych specyalności lekarskich, dziś bowiem i od lekarza specyalisty wymagamy specyalnego w owym kierunku wykształcenia, którego wprawdzie nie wymaga ustawa, jednak żąda tego społeczeństwo, wymaga tego stanowisko.)

Czyż nie możnaby w podobnie karykaturalny sposób wyodrębnić n. p. specyalności wycinania wyrostka robaczkowego, poznawszy tylko choćby nadzwyczajnie możliwe przytem niebezpieczeństwo i technikę wykonania, posuniętą do doskonałości, chociażby nawet takiej jak u chirurgów? Czyż możliwem jest wyuczyć się tylko usuwania zaćmionej soczewki, znając tylko oko? Czyż zabiegi w podobnych warunkach wykonywane gwarantowałyby pomyślny skutek zabiegu? Cały szereg podobnych myśli nasunąć się musi każdemu lekarzowi, któremu jedynie ustawa daje prawo i obowiązek czuwania nad zdrowiem ludzkiem, który jedynie może mieć odpowiednie po temu warunki.

A więc nie rękodzielnicza, mechaniczna wprawa w wykonywaniu zabiegów, lecz odpowiednie i to ściśle lekarskie przygotowanie może dać rękojmię, iż pacyenci z jednej strony, z drugiej zaś lekarze i technicy dentystyczni nie poniosą z tego powodu krzywdy.

Przyjmijmy, iż technik-dentystyczny potrafi plombowanie przeprowadzić znakomicie, to mimo wszystko, sama umiejętność wykonania pewnej funkcyi nie wystarcza, jak nie wystarcza umieć urzędować, by sprawować

urząd — Idąc tedy za duchem czasu, nie możemy żadnemi nowemi ustawami cofać się wstecz; jeśli obecnie w Rosyi ustawa wymaga ukończenia szkół średnich od adepta sztuki dentystycznej, jeśli ustawicznie żąda się dopełnienia pewnych warunków rozszerzając zakres działalności, to jakżeż można popierać projekt, który wprost obniża zakres działalności lekarza, powierzając wykonanie zabiegów ściśle lekarskich rzemieślnikom, od których nie wymaga się żadnego ustawą określonego wykształcenia? Więc leczenie zębów, boć przecie plombowanie jest leczeniem, przypadłoby w udziale technikom dentystycznym i tak tytuł doktora przez tychże już obecnie uzurpowany znalazłby wśród publiczności tem silniejsze ugruntowanie ze szkodą dla poszanowania stanu lekarskiego.

Końcowy ustęp § 3 zabraniający technikom dentystycznym narkotyzowania i znieczulania pomijamy, dodając jedynie, iż powyższe zabiegi, które wymagają nie tylko wiedzy, lecz też doświadczenia lekarskiego, stoją już absolutnie poza nawiasem i dyskusya nad tem jest zupełnie zbyteczną.

Dodać należy, że ustawa normując zakres działalności tech. dent. wydana przed laty w zupełności mogłaby czynić zadość swemu zadaniu, gdyby była istotnie wykonywaną, gwarantując bezpieczeństwo społeczne z jednej strony, a byt materyalny tech dent z drugiej. Więc ścisłość i sumienność w wykonywaniu i przestrzeganiu ustawy dawnej stanowi jedyne wyjście ze sprawy, która zostaje w związku z całym szeregiem innych spraw lekarskich wymagających dłuższego czasu do ich uregulowania.

Na bezprawiu oparte prawo nowe dające atrybucye lekarskie rękodzielnikom nigdy nie może mieć widoków, aby było przestrzegane, ale owszem daje drogę do nadużyć, które zamiast zwalczać, znacznie jeszcze rozszerza.

Największym błędem lat ostatnich, w których projektowano różne nieudałe nowele o przemyśle techniczno-dentystycznym jest fakt ciągłego nader obfitego wydawania koncesyi, które tylko zwiększają liczbę walczących o atrybucye przynależne lekarzom i powodują rozgoryczenie i coraz trudniejsze położenie sprawy.

Tow. Stom. polskich widzi się zmuszone do energicznego protestu przeciwko punktowi 5. § 8. projektowanej ustawy, a protest ten z powyższym umotywowaniem uchwaliło na swojem nadzwyczajnem posiedzeniu dnia 14/XI 1911 roku.

Pismo powyższej treści wysłano ponadto do obu Izb lekarskich, jakoteż do redakcyj pism lekarskich w Galicyi.

Ref. *Dr. J. Piątkowski.*



Dr. T. MISCHKE.

KILKA SŁÓW OBJAŚNIENIA W SPRAWIE TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH.

(Uchwalone do rozesłania posłom polskim do Rady państwa przez Związek wschodnio-galic. lekarzy-dentystów).

Wiele się mówi i pisze, słyszy i czyta o »walce« między lekarzami dentystami a technikami dentystycznymi, jak i o konieczności ustawowego uregulowania praw i obowiązków tych techników.

Trudna jest oryentacya w tej sprawie dla osób zdala od niej stojących.

Chcąc rostrzygnąć spór sprawiedliwie, trzeba stanąć na gruncie czysto przedmiotowym, nie uwzględniając sympatyi w tę lub ową stronę.

Takim gruntem jest stosunek lekarzy-dentystów i techników dentystycznych do nauki i do społeczeństwa.

Stosunek ten tak powinien być uregulowany, aby ani nauce, ani ogółowi pacyentów, ani technikom, ani lekarzom nie działa się krzywda.

Nie można tedy kierować się w wydawaniu sądu wyłącznie namiętnymi wywodami techników dent., którzy rozwój i postęp tej gałęzi nauki przypisują głównie sobie, uważają się za mistrzów i nauczycieli lekarzy dentystów, twierdzą, że ich wiedza i praca była i jest przez lekarzy wyzyskiwana, że na podstawie obecnej ustawy nie mogą istnieć bez jej przekraczania itd. itd.

Są to chorobliwie przesadne żale i skargi, które pochodzą również z chorobliwych a ustawą niezaspokojonych apetytów.

Gdyby się znaleźli lekarze zajmujący tak jednostronnie nieprzyjazne stanowisko wobec techników dentystycznych, należałoby je również bezwzględnie potępić.

Błędy jak i zasługi są po obu stronach, Nie rozstrzygajmy, po której stronie szala cnót przeważa. Zdaje się jednak być rzeczą pewną, że tam, gdzie jest dokładniejsze przygotowanie teoretyczne i systematyczne zaokrąglenie studyów, musi też być przeciętnie wyższy poziom naukowy i etyczny.

Wyjątki bywają wszędzie. Ale na wyjątkach w znaczeniu ujemnem poznaje się szybko publiczność — w jaskrawych wypadkach może wkraczać ustawa. Nikt nie może żądać od ustawy, aby zasłaniała nadużycia z racyi stopnia akademickiego winowajcy, ba nawet jest to moment obciążający.

Wyższy poziom naukowy i etyczny nie może w żadnym zawodzie wpływać ujemnie na jego wykonywanie, więc i społeczeństwo na tem tracić nie może. Tak też rozumieją to w całym świecie, podnosząc we wszystkich zawodach konsekwentnie wymagania w tym kierunku.

Czysto mechaniczne wykonanie w zakresie techniki dentystycznej zależy od indywidualnych zdolności i wprawy, ale zadania lekarza dentysty nie są identyczne z wykonaniem, one sięgają daleko wyżej. Na podziale pracy zyskuje sama rzecz, bo o ile dokładne wykonanie jest konieczne, o tyle jest też konieczne wyspecyalizowanie się w tym względzie.

Można jednak być miernym wykonawcą mechanicznym z powodu braku ćwiczenia, a mimoto twórcą pięknych pomysłów i tęgim kierownikiem ideowym w pracowni.

W namiętnych występach techników w prasie zawodowej i codziennej przebija się zawiść o podkładzie ekonomicznym i towarzyskim, a znaczną rolę gra tutaj także duch czasu, stwarzający niezdrowo ambitne typy działaczy, podżegających ogół, bezkrytycznie w świat patrzący. Zamiast myśleć o podniesieniu poziomu stanu na całej linii, występuje się z marnem hasłem chwilowego interesu materyalnego jednostek.

Warto zastanowić się nad pytaniem czy:

1. Technicy dent. są ekonomicznie rzeczywiście upośledzeni przy obecnej ustawie?

2. Jeżeli tak jest, czy nie inne na to składają się przyczyny, niż zwykle wymieniane.

Jest faktem niezaprzeczonym, że wśród techników niesamodzielnych, ludzie młodzi między 20-tym a 30-tym rokiem życia, zarabiają w zakładach lekarzy dent. stosownie do uzdolnienia i pracy od 2.400 Koron do 10.000 K rocznie. Jeśli bywa mniej albo więcej, to tylko bardzo wyjątkowo. Uwzględniwszy czas i kapitał użyty na studya, musimy uważać te cyfry za bardzo wysokie (porównajmy je z dochodami lekarzy szpitalnych, okręgowych i innych urzędników z uniwersyteckiem wykształceniem).

Dochody techników koncesyonowanych usuwają się z pod naszej obserwacyi, można jednak wnioskować z pewnych objawów, że ci z nich, którzy stoją na wysokości swego zadania, równają się co do dochodów z wieloma lekarzami, albo ich nawet czasem pod tym względem przewyższają i to bez przekraczania ustawy, która technikom tylko w zdrowych ustach pozwala działać. Tak np. gwałtowne ubieganie się o koncesye bardzo dobrze płatnych technicznych pomocników lekarskich wskazuje na to, że jako samodzielni mają jeszcze większe dochody.

Jeżeli zaś zdarzają się wypadki mniej pomyślne, to przyczyny szukać należy w braku zawodowej tężyzny, w braku zaufania publiczności z innych przyczyn, w obniżaniu cen dla konkurencyi. Na tem cierpi też jakość pracy, a więc publiczność i wykonawca, wskutek utraty źle obsłużonej klienteli. Bo jest to właśnie jeden z zawodów, w którym nie można zwiększyć dochodów przy pomocy większej ilości klientów zwabionych taniością.

Chcąc być uczciwym, trzeba wówczas ofiarować czas, pracę i materyał ponad możność fizyczną.

Jeżeli się nie czyni ofiary z czasu, pracy i materyału, to przy t. zw. masowej praktyce z nizką taryfą nie jest się wstanie dociągnąć wykonania do kresu wymaganego przez naukę i doświadczenie. Wynika stąd partactwo i utrata zaufania u pacyentów wraz z niepowodzeniem materyalnem.

Ale przy takim sposobie postępowania, ten sam los zagraża także i lekarzowi dentyście.

Jest jeszcze inna przyczyna niepowodzenia, a mianowicie przyjmowanie uczniów bez wyboru i w nadmiernej liczbie przez koncesyonowanych techników. Łatwo zrozumieć, że z czasem wytwarza taki stan rzeczy bardzo smutne stosunki wskutek licytacyi in minus (intelektualnie, etycznie i finansowo) i cały szereg ujemnych następstw, jak utrudnione wykształcenie mało inteligentnych uczniów w zawodzie, nadmierna ilość kandydatów na koncesye, udzielanie koncesyi niedostatecznie ukwalifikowanym kandydatom przez niedopatrzenie władz.

Lekarze zawsze byli, są i będą tego zdania, że techniczne prace w praktyce dentystycznej, o ile dla ust są przeznaczone, są ściśle złączone z wiedzą lekarską i bez niej się obejść nie mogą, jeśli mają zajmować poczesne miejsce wśród płodów myśli ludzkiej.

Może kiedyś nastąpi taki podział pracy wśród lekarzy, że jedni się będą zajmowali przygotowaniem w ustach, a drudzy wykonaniem technicznem w pracowni. Wynikłyby stąd niezaprzeczone korzyści dla pacyentów i lekarzy. Na razie jednak można utrzymać dotychczasowy stan rzeczy, tem bardziej, że na szczęście zawsze wśród techników znajdują się tacy, których poziom naukowy, etyczny i towarzyski nic nie pozostawia do życzenia. Ci z pewnością potrafią żyć w dobrych stosunkach z lekarzami, choćby nawet na swoich wiecach »z obowiązku« przeciw nim występowali.

Jeżeli idzie o racyonalne i sprawiedliwe uregulowanie praw i obowiązków techników dentystycznych łącznie ze stosunkiem lekarzy do t. zw. techniki dentystycznej, możnaby ten problem jedynie taką ustawą rozwiązać:

§ 1. Lekarze dentyści (z dyplomem Drów wszech nauk lekarskich), chcąc wykonywać praktykę dentystyczno-lekarską, są obowiązani wykazać przy egzaminie teoretycznym i praktycznym uzdolnienie z całego zakresu techniki dentystycznej.

§ 2. Technicy dentystyczni chcąc wykonywać praktykę techniczno-dentystyczną, są obowiązani wykazać się dyplomem Doktorów wszech nauk lekarskich.

§ 3. Ci, co rozpoczęli prawnie praktykę przed wejściem w życie tej nowej ustawy, podlegają postanowieniom ustawy dotychczasowej, aż do wymarcia.

Uzasadnienie § 1. i 2: Ustawa powinna mieć na względzie możliwie najwyższy cel, jaki się da osiągnąć w każdej sprawie.

Czynności lekarskich od czynności technicznych w jamie ustnej oddzielić nie można, bo są siłą rzeczy ściśle ze sobą złączone.

Uzasadnienie § 3.: Niema logicznego powodu rozszerzania komukolwiek jego praw bez rozszerzenia jego obowiązków, jak niema powodu zacieśnienia praw bez zacieśnienia obowiązków.

Taki projekt wygląda może paradoksalnie, ale łatwo ściągnąć dwa pierwsze paragrafy w jeden.

Kierując się sentymentem, można jakiejkolwiek grupie ludzi nadać z łaski pewne przywileje. Ustawodawca kieruje się jednak rozumem i baczy, aby darząc setkę łaską, nie skrzywdził miliona. A krzywda taka łatwo zdarzyć się może, bo zęby są w ścisłym związku z jamą ustną a przez nią z resztą ustroju. Wobec tego może właściwiej byłoby podnieść wymagania co do specyalnego przygotowania samych lekarzy, niż je obniżać przez nadawanie niczem nieusprawiedliwionych przywilejów mniej ukwalifiwanym. Lekarze sami żądają od siebie znacznie więcej niż wiadomości o zębach jedynie i uważają nazwę powszechnie przyjętą »lekarz-dentysta« za nietrafne określenie swojej specyalności. Lepiej określa ten zakres działania wyraz »lekarz-stomatolog« (stoma = usta) i tę nazwę nasza międzynarodowa organizacya już sobie przyswoiła.

Wiadomo powszechnie, że najlepsza zresztą ustawa nie ma znaczenia bez egzekutywy, trzeba ją tedy zapewnić. Obecnie władza czeka na doniesienie o nadużyciu tam, gdzie przekroczenie ustawy nie przynosi skarbowi strat w gotówce (przekroczenia w sprawach handlu, przemysłu, sanitarnych itp.). Gdzie natomiast idzie o gotówkę, tam szuka się kontrabandy pod bielizną na gołem ciele lub jeszcze gdzieindziej i utrzymuje w tym celu małą armię strażników.

Można czasem słyszeć argument, że uboga ludność potrzebuje taniej pomocy w cierpieniach zębów, i to zapotrzebowanie miałyby pokrywać gorzej pod względem sił i środków wyposażone zakłady nie lekarzy?! Sądzimy, że i tę kwestyę należałoby rozwiązać przez stworzenie zakładów wzorowo prowadzonych i posiadających dostateczne środki dla odpowiedniego wynagrodzenia sił pierwszorzędnych lekarskich i technicznych, bo dlaczegóż ludność uboga miałaby być traktowaną po macoszemu przez stwarzanie jakiejś odnogi pewnego zawodu o mniejszych kwalifikacyach?!

Oto uwagi na czasie wobec wiszącej w powietrzu debaty w Radzie Państwa nad temi sprawami.

Oddajemy je pod bezstronny sąd P. T. Posłów z pełnem zaufaniem.

Nie obawiamy się krytyki z żadnej strony, o ile będzie rzeczową, poważną i na właściwem zrozumieniu naszych wywodów opartą.

Dr A. GRUSZCZYŃSKI.

W SPRAWIE KSZTAŁCENIA DENTYSTÓW W KRÓLESTWIE POLSKIEM.

(Z powodu artykułów, umieszczonych w XII. numerze »Kroniki Dentystycznej« p. t. »Antagonizm stomatologiczno-odontologiczny«).

Sprawa uczestnictwa dentystów i lekarzy zębów z Królestwa w zjazdach lekarzy i przyrodników polskich dała powód do gwałtownej napaści »Kroniki Dentystycznej« na lekarzy, uprawiających dentystykę. Na pretensye, pod naszym adresem skierowane, za usunięcie dentystów i lekarzy zębów od uczestnictwa w XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, odpowiedzieliśmy w liście otwartym do »Gazety Lekarskiej« (patrz Nr. 50 r. p.), na tem zaś miejscu mamy zamiar rozpatrzyć drugą sprawę, poruszoną w »Kronice« — mianowicie kształcenie i kwalifikacye naukowo-fachowe dentystów w Królestwie, którzy, jak wiadomo, rekrutują się z trzech kategoryi: z dentystów, lekarzy zębów i lekarzy, którzy po skończeniu wydziału lekarskiego dentystykę obrali sobie jako specyalność.

Do wprowadzenia szkół dentystycznych w państwie rosyjskiem istnieli tylko dentyści; dla uzyskania tego stopnia dostateczną była trzechletnia praktyka w gabinecie praktykującego dentysty; cenzus szkolny wymagany nie był, dlatego też pod skrzydła dentystyki uciekali się przeważnie ci, którzy dla braku kwalifikacyi szkolnych nie mogli zająć innych stanowisk w społeczeństwie. Widzimy więc między tą kategoryą dentystów, byłych felczerów, byłych techników dentystycznych — ludzi, którzy skończyli zaledwie po parę klas, często — prawie analfabetów. Wielu bardzo z uczniów, zapisanych jako praktykanci przy gabinetach dentystycznych, nigdy do gabinetów tych nie uczęszczało, ponieważ za pieniądze łatwo było częstokroć zdobyć świadectwo; jako dowód tego służyć może głośny proces przy sądzie okręgowym w Moskwie o fałszerstwo świadectw dentystycznych, proces w którym oskarżonych jest przeszło 400 (czterystu) dentystów !!

Od 10 lat mniej więcej kształcenie dentystów odbywa się tylko przez szkoły dentystyczne.

Szkoły te są utrzymywane przez osoby prywatne, których głównym celem jest przyjmowanie i dyplomowanie jak największej liczby dentystów, którzy bez względu na narodowość i wyznanie mają prawo osiedlania się w całem państwie rosyjskiem. Naturalnie kwestya naukowo-fachowa pozostawia wiele, bardzo wiele do życzenia. Przy przyjęciu wymagane jest świadectwo ze skończenia 4, a od paru lat 6 klas gimnazyalnych i kurs $2^1/_2$ lata.

Przez $2^1/_2$ lata uczeń szkoły dentystycznej powinien posiąść stronę techniczną dentystyki i pewne ogólne pojęcia z zakresu nauk medycznych. Strona techniczna dzieli się na klinikę (plombowanie i leczenie zębów, wyrywanie zębów) i pracownię (technika dentystyczno-protetyczna). Przyjrzyjmy się, jak w praktyce się to uskutecznia: zajęcia z techniki protetycznej odbywają się tylko na I. semestrze (max. 4 miesiące!!!) wyłącznie na materyale martwym; wobec licho urządzonej pracowni i braku odpowiednich kierowników z jednej strony, a z drugiej przepełnienia szkół dentystycznych, słuchacze przez ten krótki okres czasu nie są w stanie dostatecznie zapoznać się (nie mówimy już o nabraniu wprawy) z teraźniejszym stanem techniki dentystycznej, o czem świadczą roboty ich, przedstawiane na egzaminach.

Nie lepiej rzecz ma się i z tak zwaną kliniką, — kierownikami bezpośrednimi w klinice są asystenci, rekrutujący się z tych, którzy w ostatnim roku szkołę skończyli, za 30 rubli bowiem miesięcznie (a tak płacą szkoły »asystentom«) więcej uzdolnionych dostać nie można. Żaden z nas-praktyków nie powierzyłby takiemu pomocnikowi swoich pacyentów, a w szkołach oni są kierownikami przyszłych lekarzy zębów! Jak więc odbywa się nauka kliniczna, lepiej o tem nie mówić. Zastanówmy się bliżej nad wykładami teoretycznymi. W jednym z artykułów »Kroniki Dentystycznej« p. Frejdkin pisze:

»dla wiadomości stomatologów z zachodu czuję się w obowiązku przytoczyć... że... program (szkół dentystycznych)... obejmuje przedmioty ogólno-lekarskie: 1) anatomię ogólną, 2) histologię, 3) fizyologię, 4) patologię, 5) anatomię szczegółową, 6) farmakologię i recepturę, 7) dyagnostykę ogólną i terapię, 9) praktyczne zajęcia z dziedziny mikroskopii itd.«, ale dla wiadomości tychże stomatologów z zachodu my dodać musimy, że przy szkołach dentystycznych niema potrzebnych do podobnych wykładów utensylii (gabinety, laboratorya, mikroskopy). Że słuchaczami wyżej wymienionych przedmiotów długi czas byli uczniowie z czteroklasowem wykształceniem (obecnie nawet wymagane skończenie 6 klas gimnazyalnych) a stomatologowie z zachodu łatwo wywnioskują, o ile słuchacze szkół dentystycznych przedmioty te w tak krótkim czasie (przy $2^1/_2$-letnim kursie) przetrawić potrafią.

Nie będę dalekim od prawdy, jeżeli powiem, że w umysłach lekarzy zębów, kończących szkoły dentystyczne, z wysłuchanych przedmiotów zostają zaledwie tytuły tych przedmiotów. Świadczą o tem te bezmyślne odpowiedzi, które wysłuchujemy na egzaminach my, jako lektorzy szkół dentystycznych, świadczy o tem postępowanie lekarzy zębów w praktyce, kiedy po wyjałowieniu instrumentów przez gotowanie w rozczynie sody wyciera się je pierwszą lepszą ścierką (naturalnie przed użyciem). Słowem

t. zw. lekarz zębów po skończeniu szkoły dentystycznej nie jest należycie przygotowany ani teoretycznie ani praktycznie; odczuwają to uczciwsze jednostki, dlatego też wyjeżdżają dla dalszych studyów za granicę lub starają się dostać na praktykę do lepszych gabinetów prywatnych, gdzie są bardzo niechętnie przyjmowani wobec małego ich uzdolnienia fachowego.

Trudno więc zrozumieć apoteozowanie przez p. Frejdkina fachowego wykształcenia dentystów przy jednoczesnej krytyce jego tych szkół dentystycznych, w których on, jako lekarz zębów, wiedzę swoją czerpał. Tembardziej podziwiać należy pewność siebie, z jaką p. Frejdkin wydaje sąd swój o uzdolnieniu fachowem lekarzy, uprawiających dentystykę, albowiem absolutnie pewną jest rzeczą, że żaden z nas egzaminu przed p. F. nie składał, przeciwnie wielu z nas, jako byli lub obecni wykładowcy szkół dentystycznych, wysłuchiwaliśmy różne niedorzeczności, wygłaszane na egzaminach i na zasadzie tych danych zdanie swoje urobiliśmy.

Pan Fr. zapytuje nas, gdzie uczymy się dentystyki, ponieważ przy uniwersytetach rosyjskich katedr dentystyki niema? Odpowiedź prosta: za granicą, dokąd, jak rzekliśmy wyżej, jeżdżą i uczciwsi z lekarzy zębów, którzy nie mając zarozumiałości, odczuwają bardzo dobrze, że po skończeniu szkoły nie są należycie przygotowani.

Kwestya czasu, potrzebna dla zdobycia techniki dentystycznej, zależna jest od wielu przyczyn, a przedewszystkiem od przygotowania i rozwoju umysłowego ogólnego: może dla nieprzygotowanych potrzebaby było paru lat na to, co lekarz z ogólno-medycznem wykształceniem zdobyć może przez kilka miesięcy. Jeżeli dla zdobycia techniki w każdej innej specyalności lekarskiej wystarcza kilkanaście miesięcy, to nie potrzeba lekarzowi zbyt wiele czasu poświęcać dla zdobycia techniki dentystycznej, która w porównaniu z techniką laryngologiczną lub ortopedyczną jest bardzo łatwą.

Kończąc musimy jeszcze zaznaczyć, że dentystyka nie różni się od innych gałęzi medycyny, przeciwnie stanowi taką samą gałąź sztuki lekarskiej, jak oftalmologia, laryngologia, syfilidologia, ortopedia itd. i opierać się winna, jak i inne specyalności, na ogólnem przygotowaniu i wyrobieniu lekarskiem. Tezę tę uznał prawie cały zachód cywilizowany: w Austryi zniesiony został tytuł dentysty, w innych państwach toczą się starania o uzależnienie dentystyki od medycyny ogólnej. Nie my więc jesteśmy »samozwańcami« w dentystyce, a prędzej ci, którzy nie rozporządzając potrzebnemi kwalifikacyami, gwałtownie chcieliby dentystykę w rękach swoich utrzymać. Nie może się im udać to i niedaleką jest ta chwila, kiedy dentystyka wyzwoli się z rąk niepowołanych, a pacyenci będą mogli powierzać swoje zdrowie, a często i życie w ręce więcej kompetentne.

Z OKAZYI JUBILEUSZU TOWARZYSTWA AUSTRYACKICH LEKARZY-DENTYSTÓW.

W dniach 14 i 15 listopada u. r. obchodziło Towarzystwo austryackich lekarzy-dentystów w Wiedniu pięćdziesięcioletni jubileusz swego istnienia. Z małych początków rozwinęło się z biegiem lat w Związek potężny, a co zdziałało i do czego dążyło, przekonać się można z zarysu historycznego, opracowanego przez Dra Zygfryda Ornsteina Ten zarys, to księga żywa, obejmująca całokształt dentystyki od niemowlęctwa aż do szczytu rozwoju, to historya walk, jakie młode Towarzystwo na wszystkie strony staczało, by dla reprezentowanej przez siebie nauki wywalczyć należne jej w medycynie miejsce i obronić przed zakusami niepowołanych. Czy spełniło wszystkie pokładane w niem nadzieje, nie naszą rzeczą osądzić, ale to przyznać musimy, że pracowało rzetelnie i niezmordowanie, że nie zrażało się nigdy przeciwnościami, ale konsekwentnie zdążało do wytkniętego celu, a że nie osiągnęło wszystkiego, nie jego w tem wina. Dentystyka w Austryi swój rozkwit zawdzięcza temu właśnie Towarzystwu i to największa jego zasługa. Dlatego też w przyjeździe tego mnóstwa delegatów na tę niezwykłą uroczystość widzieliśmy nie czczą formalność, ale raczej akt prawdziwej potrzeby złożenia hołdu instytucyi, która sztandar nauki wysoko dzierżyła i to w epoce, kiedy dentystykę uważano za coś niższego i która zawsze stała na straży naszych interesów zawodowych i tych interesów dzielnie broniła.

Założone w r. 1861, zatem w czasach, kiedy szkół dentystycznych w Austryi nie było, postawiło sobie za zadanie lukę tę wypełnić i przez wzajemną wymianę myśli uprzystępnić zdobycze naukowe wszystkim i w ten sposób stać się »szkołą praktyków i dla praktyków«. Dentystyka w owych latach ograniczała się tylko do wyjmowania zębów i wstawiania zębów sztucznych, a miarą wziętości i dzielności lekarza była ilość dokonanych extrakcyi i sił zajętych w pracowni technicznej. Kierunek leczenia konserwatywnego był u nas przynajmniej zupełnie nieznany, a przeszczepił go dopiero z Ameryki na grunt austryacki założyciel i pierwszy przewodniczący Towarzystwa prof. Heider i od tej chwili datuje się naukowa działalność Towarzystwa. Z niezwykłym zapałem zabrano się do pracy, urządzano odczyty i dyskusye, dzielono się nabytemi doświadczeniami, a kolegom z prowincyi udzielano nawet listownie rad i wskazówek w sprawach lecznictwa dotyczących, stworzono jednem słowem prawdziwą samopomoc naukową. Towarzystwo nie spuszczało z oka także spraw zawodowych. Dla położenia tamy wybrykom ówczesnych partaczy wnosiło ciągle do władz rozmaite memoryały i na tem polu poszczycić się może nie-

jedną zdobyczą. Nie zapominało też o biednej ludności i by zapewnić i jej pomoc lekarską, zaproponowało namiestnictwu kreowanie posad lekarzy-dentystów wyłącznie dla tej sfery ludności i zupełnie bezinteresownie ofiarowało swą pracę. Marzeniem Towarzystwa była katedra dentystyki przy Uniwersytecie, a niezmordowanymi w pracy około urzeczywistnienia tej myśli byli Jarisch i Steinberger. Uniwersytet wiedeński miał wprawdzie od czasów Maryi Teresy nauczycieli dentystyki, ale szkoły dentystycznej nie było, a młodzi adepci szukać musieli sposobności do praktycznego wykształcenia w zakładach prywatnych lekarzy. Kilku tylko szczęśliwych znajdowało pomieszczenie u wybitnych przedstawicieli naszego zawodu, wielka zaś rzesza innych zadowolnić się musiała nauką »z drugiej ręki«. To właśnie dało impuls do podjęcia inicyatywy w kierunku kreowania katedry dentystyki. I tu mieli inicyatorowie drogę ciernistą i na każdym kroku spotykali się z niechęcią nietylko u władz, ale i w Wydziale lekarskim, który dwukrotnie odmówił swego poparcia. Tak więc dopiero po latach wielu, bo w r. 1890, myśl ta realne przybrała kształty i od tego roku mamy pierwszą państwową szkołę dentystyczną w Austryi. Jeżeli nie wyłączna to zasługa Towarzystwa, to w każdym razie lwia część jej Towarzystwu przypada w udziale.

Pod dzielnym kierownictwem obecnego prezesa Dra Jarischa, Towarzystwo jeszcze bardziej się rozwinęło. Część agend i to czysto zawodowych przelało na powstały w międzyczasie Związek stomatologów, a samo oddało się wyłącznie nauce. Wyrazem tego księga pamiątkowa, zawierająca prace najdzielniejszych członków Towarzystwa, wydana dla upamiętnienia tej uroczystej chwili.

Do życzeń złożonych Towarzystwu przyłącza się i nasza Redakcya z pragnieniem dalszej wydatnej pracy na chwałę nauki a ludzkości na pożytek.

Dr. Edward Schalit



LEKARZE-DENTYŚCI W KRAKOWIE.

Prof. Dr. Cybulski Napoleon, Basztowa 5.
Dr. Dundaczek Franciszek. św. Anny 4.
Dr. Haber Maurycy, Grodzka 30.
Dr. Dora Immerglück Haberowa, Grodzka 30.
Prof. Dr. Wincenty Łepkowski, Straszewskiego 26.
Dr. Merunowicz Tadeusz, Rynek gł. 24.
Dr. Mirtenbaum Leon, Grodzka 6.
Dr. Piepes Wilhelm, Floryańska 24.
Dr. Praetzel Gustaw, Rynek gł. 29.
Dr. Schumann Franciszek, Sławkowska 1.
Dr. Sędzielowski Józef, Dunajewskiego 6.
Dr. Steinberg Bernard, Karmelicka 1.
Dr. Syrop Jakób, plac WW. Świętych 10.
Dr. Wernikowski Wiktor, Rynek gł. 7.

LEKARZE-DENTYŚCI WE LWOWIE.

Dr. Bieńkowski Bogumił, Kościuszki 8.
Doc. Dr. Bohosiewicz Teodor, Jagiellońska 7.
Dr. Czarnecki Władysław, Bielowskiego 1.
Dr. Dattner Hugo, Jagiellońska 11.
Dr. Fruchtman Fryderyk, Sykstuska 15.
Dr. Fruchs Stanisław, pl. Maryacki 9.
Dr. Jakubowski Karol, Sienkiewicza 3.
Dr. Jankowski Wiktor, Hetmańska 6.
Dr. Kaczorowski Bronisław, Chorążczyzna 10.
Dr. Kasprzycki Adam.
Dr. Lateiner Emil, Kopernika 7.
Dr. Lewandowski Kazimierz, pl. Halicki 7.
Dr. Meschel Józef, Sykstuska 33.
Dr. Mintz Ignacy, Akademicka 3.
Dr. Mischke Tadeusz, Badenich 8.
Dr. Rappaport Szymon, Sykstuska 9.
Dr. Reinhold Zygmunt, Sykstuska 27.
Dr. Sandauer Ignacy, Sykstuska 16.
Dr. Schneider Karol Gustaw, Asnyka 11.

Dr. Senensieb Markus, Halicka 1.
Dr. Szadkowski P., Kopernika 11.
Dr. Turnau K., Sokoła 1.
Dr. Ziembicki Jan, Łyczakowska 10.

LEKARZE-DENTYŚCI NA PROWINCYI.

Dr. Kostyal, Bochnia.
Dr. Schalit Edward, Tarnów.
Dr. Wodniecki, Tarnów.
Dr. Jeżower Fryderyka, Rzeszów.
Dr. Rosenberger, Jarosław.
Dr. Langer, Tarnów.
Dr. Schoenfeld, Tarnów.
Dr. Fiałkowski, Rzeszów.
Dr. Nacht, Jarosław.
Dr. Feldmann, Jarosław.
Dr. Dmochowski, Przemyśl.
Dr. Kantz, Przemyśl.
Dr. Schöffer, Przemyśl.
Dr. Chilf, Przemyśl.
Dr. Raczyński, Stanisławów.
Dr. Janusz Wisłocki, Zakopane.

LEKARZE-DENTYŚCI W WARSZAWIE.

Dr. Brenneisen Leopold, Marszałkowska 48.
Dr. Gelbard Henryk, Marszałkowska 118.
Dr. Gruszczyński Aleksander, Jerozolimska 84.
Dr. Kołakowski Feliks, Widok 20.
Dr. Kołakowski Konstanty, Żórawia 13.
Dr. Kobyliński, Włodzimierska 1.
Dr. Leszczyński Adam, Marszałkowska 125.
Dr. Leszczyński L., Trębacka 4.
Dr. Lipszyk, Krakowskie przedmieście.
Dr. Meyer, Żórawia 15.
Dr. Muszalski, Żórawia 23.
Dr. Sokołowski, Żórawia 47.

ADRESY LEKARZY-DENTYST. ZAMIESZKAŁYCH W NIEMCZECH.

Borna Tadeusz, Poznań, Rycerska ul. 2.
Borowski K., Eydtkuhnen (Pr. Wsch.).
Chwałkowski, Poznań, Nowa ul. 4.
Cierocki A., Bochum W., Friedrichstr. 28.
Dr. Cieszyński A., Monachium, Luisenstr. 52.
Cybulski St., Wrocław (Breslau), Zwingerstr. 4.
Danielewicz R., Cassel (Hessen-Nassau), Lutherstr. 1.
Dobrowolski.
Filarski B., Gdańsk (Danzig), Langgasse 53.
Dr. Gierszewski, Tuchola (Tuchel), Pr. Zach.
Dr. phil. Giżycki.
Gortatowski G., Charlottenburg, Kantstr. 41.
Iwicki M., ass. u lek.-dent. Hille, Drezno, Waisenhausstr. 28.
Jankowski, Zabrze, Kronprinzenstr.
Janowski, Toruń, Altstadt, Markt 15.
Jaworowicz, Bytom (Beuthen), Śląsk, Boulevard 24.
Jankowski A., Copoty (Zoppot), Seestr. 25.
Dr. phil. Karlewski, Altona (Schleswig-Holstein), Schulterblattstr. 121 a.
Koczwara A., Poznań, Victoriastr. 14.
Kolanowski S., Hamburg, Rentrelstr. 58 (asyst. przy Nollin-Stiftung).
Kobyliński G., Berlin W., Augsburgerstr. 44.
Krakowiak G., Berlin C., Landsbergerstr. 66—67.
Kwiatkowski St., Gdańsk (Danzig), Langgasse 35 (asystent u lekarza-dentysty Schmidta).
Kluczyński, Gniezno (Gnesen).
Labiszewski, Inowrocław (Hohensalza), Sigismundstr. 9.
Lewandowski St., Bydgoszcz (Bromberg), Bahnhofstr. 95.
Lakner, Poznań, św. Marcin 13.
Marjański B., Poznań, ul. Wilhelmowska 21.
Meissner Alfred, Monachium, na razie pod nowem adresem Gnesenstr. 2 II w.
Nierzwicki J., Chełmno (Culm), Pr. Zach., Graudenzstr. 12.
Opieliński C., Wrocław (Breslau), Ohlauer Stadtgraben 22.
Perliński A., Poznań, św. Marcin 18.
Pomierski J., Gdańsk, Langgasse 74.
Putiatycki K., Leszno (Lissa), Bismarkstr.
Rutkowski, Poznań, ul. Podgórna 12 a.
Rybak, Katowice (Kattowitz), Querstr. 8
Szturomski, Kościan (Kosten), Prov. Posen.

Suszycki M., Berlin N., Brunnenstr. 57.
Suszycki E., Wongrówiec (Wongrowitz), Posenerstr. 27.
Szulc St., Poznań, Theaterstr. 7.
Dr. med. Tempski A., Berlin W., Bülowstr. 80.
Tempski M., Chojniec (Konitz), Pr. Zach., Schlochauerstr. 12.
Dr. med. Tesman, Kissingen, Untere Marktstr. 11.
Trzoska, Zabrze, Kronprinzenstr. 143.
Turowski E., Królewiec (Königsberg), Ost-Preussen. Kaplanstr. 10.
Walczok, Berlin W., Schellingstr.
Węclewski, Poznań, Königsplatz 5.
Żelazkowski, Bochum, Westphalen, Kaiser Wilhelmstr. 2.
Zawidzki Wincenty, Moskwa, poliklinika Dra Wilgi.
Zwidzki M., Remscheid, Reg.-Bezirk Düsseldorf, Willenstr. 15.

P. T. PP. Lekarzy, których nazwiska nie umieszczono lub podano mylny adres, uprasza o łaskawe nadesłanie sprostowań.

Administracya.